Vierteljahrschrift

für die

praktische Heilkunde.

I. Jahrgang 1844.

Viertes Quartal.

PRAG.

Verlag von Borrosch & André.

Vierteljahrschrift

für die

praktische Heilkunde,

herausgegeben

von der

medicinischen Facultät in Prag.

Erster Jahrgang 1844.

Viertes Quartal.

P R A G.

Verlag von Borrosch & André.

Druck bei K. Gerzabek.

Inhalt.

I. Original-Aufsätze.

1. Behandlung der Drüsenentzündung der weiblichen Brust, von Dr. Kiwisch Ritter von Rotterau. S. 1.
2. Kaiserschnitt mit glücklichem Erfolge für Mutter und Kind, von Dr. W. Lange. S. 5.
3. Beitrag zum geburtshülflichen Verfahren bei aufsitzender Placenta. von Dr. Jos. Kahler. S. 20.
4. Mittheilungen aus der Badesaison 1843 zu Teplitz, von Dr. Mich. Höring. S. 29.
5. Über das Lageverhältniss des Nervus medianus zur Arteria brachialis, als Beitrag zur topographischen Kenntniss der Oberarmgegend, von Dr. Jos. Blažina. S. 35.
6. Über Monstrositäten, von Fr. Jos. Holub. S. 38.
7. Aphoristische Bemerkungen über einige Augenkrankheiten, von Dr. Arlt. S. 58.

II. Analekten.

Allgemeine Pathologie und Therapie, Epidemiologie und Statistik, von Dr. Löschner. S. 1.
Pharmakologie, von Dr. Reiss. S. 5.
Balneologie, von Dr. Löschner. S. 15.
Toxikologie, von Dr. Reiss. S. 19.
Krankheiten des Blutes, von Dr. Čejka. S. 26.
Krankheiten der Circulationsorgane, von Dr. Jaksch. S. 32.
Krankheiten der Respirationsorgane, von Dr. Jaksch. S. 36.
Krankheiten des Nervensystems, von Dr. Waller. S. 44.
Psychiatrie, von Dr. Nowák. S. 67.
Krankheiten des Digestionsapparates, von den Drn. Halla und Hamernjk. S. 77.
Hautkrankheiten, von Dr. Kraft. S. 93.
Syphilis, von Dr. Kraft. S. 105.
Krankheiten der Harnwerkzeuge und der männlichen Geschlechtsorgane, von Dr. Morawek und Prof. Pitha. S. 111.
Gynaekologie, von Dr. Lange. S. 129.
Geburtskunde, von Dr. Lange. S. 150.
Paediatrik, von Dr. Quadrat. S. 168.
Chirurgie, von den Drn. Kahler, Flossmann, Prof. Pitha und Blažina. S. 179.

Ophthalmologie, von Dr. Arlt. S. 201.
Staatsarzneikunde, von den Drn. Fayrer und Halla. S. 211.
Literatur. S. 219.

III. Medicinalwesen, Personalien, Miscellen.

Verordnungen. S. 223.
Personalnotizen. S. 227.
Preisaufgaben. S. 229.
Bekanntmachung. S. 231.

Original - Aufsätze.

Behandlung der Drüsenentzündung der weiblichen Brust,

mitgetheilt von *Dr. Kiwisch Ritter von Rotterau*, ordinir. Arzte der Klinik für Frauenkrankheiten.

Von den mehrfachen nach dem Substrate der Affection sehr verschiedenen Entzündungsformen der weiblichen Brust ist die des drüsigen Gewebes die am häufigsten vorkommende, wegen ihres meist chronischen Verlaufes und der oft sehr schmerzhaften Eiterdurchbrüche die peinlichste, und es erscheint eine Abkürzung des Verlaufes und Milderung der Schmerzhaftigkeit dieser Krankheit für die Kranken und für den Arzt als ein sehr wünschenswerther Gewinn.

Indem ich das Bild dieser Krankheit als bekannt voraussetze, will ich hier in dieser Beziehung nur bemerken, dass ich eine Unterscheidung der Entzündung der einzelnen die Drüse construirenden Theile, als die der Milchgänge, des fasrigen Gerüstes, des interstitiellen Zellgewebes, wie es einige Pathologen versucht haben, zum Theil für eine für die Diagnose bis jetzt unerreichbare Aufgabe halte, zum Theil, und zwar in allen Fällen von grösserer Intensität der Affection, für anatomisch unzulässig ansehe, indem in diesem Falle alle den entzündeten Drüsenlappen construirenden Theile in gleicher Art afficirt sind, so dass eine durchdringende Erweichung und Schmelzung sämmtlicher Gewebe das Endresultat der Affection ist. Am deutlichsten ist dies in jenen Fällen sichtbar, wo eine rasche Eiterung in grosser Ausdehnung eintritt, wo dann oft nicht unbeträchtliche Trümmer des erweichten Drüsengewebes im Eiter schwimmen. Die Drüsenentzündung ist nach Intensität

und Extensität sehr verschieden; in Bezug auf die erstere ist zu bemerken, dass bei einiger Heftigkeit des Leidens in 10 Fällen es kaum einmal gelingt, die Eiterung zu verhüten. Bezüglich der Extensität sind bald nur einzelne, bald mehrere Drüsenlappen ergriffen, und diese bilden entweder ein Conglomerat, oder sind durch gesunde Theile von einander geschieden. Die zerstreuten Entzündungsherde bedingen in der Regel den langwierigen Verlauf der Krankheit, indem sie ihre Phasen in sehr ungleichen Zeiträumen durchzumachen pflegen, so dass der Process in dem einen Lappen schon vollendet ist, während er in dem zweiten erst heranreift.

Die ungenügenden Resultate der gewöhnlichen antiphlogistischen, emollirenden, resolvirenden Heilmethode, und die Analogie mit anderweitig gewonnenen Resultaten liessen in der neuesten Zeit die Anwendung der Compression auch in dieser Krankheitsform Platz greifen, und insbesondere sammelte sich Trousseau in Paris hierin ein wesentliches Verdienst. So einladend aber auch die durch die Compression gewonnenen Resultate waren, so wenig ausgebreitet treffen wir doch immer noch die Anwendung derselben, ja wir finden sie in mehreren der neuesten Handbücher der Gynaekologie gar nicht erwähnt. Da sich aber auch die Wahl der Methode der Compression als ein höchst wichtiges Moment bei der Behandlung ergibt, so finde ich mich gedrungen, eine nähere Auseinandersetzung der Anwendung und der Erfolge dieses höchst wohlthätigen Mittels im Nachstehenden mitzutheilen.

Von Compressionsmethoden wurden versucht die mit Heftpflasterstreifen, mit Rollbinden, mit ausgehöhlten Metallplatten und die mit dem Seutin'schen Verbande. Nachdem ich innerhalb drei Jahren diesfalls verschiedenartige Versuche angestellt habe, fand ich, dass die Application des Seutin'schen Verbandes alle anderen Methoden weit hinter sich zurücklasse, und somit das empfehlenswertheste Verfahren sei. — Nachdem ich diese Überzeugung gewonnen habe, unterzog ich in der letzten Zeit dreizehn Fälle fast ausschliesslich dieser Heilmethode, von welchen sechs Fälle auf meiner Klinik zur öffentlichen Beobachtung kamen, die übrigen privat behandelt wurden. — Von diesen dreizehn Fällen wurden 7 im ersten Beginn des Leidens oder wenigstens noch vor deutlicher Abscessbildung, 4 nach 5 — 14tägiger Dauer mit einfachem Eiterdurchbruche, und 2 nach mehrmonatlicher Dauer und mehrfacher Fistelbildung in Behandlung genommen. Nur in 2 Fällen gelang es die Abscessbildung zu verhüten, und die acuten Entzündungserscheinungen in einer Zeit von 3 — 4 Tagen zu beheben, alle übrigen Fälle abscedirten. Die Dauer der Behandlung in diesen 11 Fällen betrug bei 5 Kranken zwischen 8—16 Tage, in 4 Fällen zwischen 16 — 24 Tage,

in 1 Fall 28 Tage; 1 Fall mit tiefen Fisteln wurde wegen Widerspänstigkeit der Kranken, die eine Operation mit dem Messer nicht zuliess, nach 10tägiger Behandlung wohl wesentlich gebessert, doch nicht vollständig geheilt entlassen. Aus diesem ergibt sich, dass bei eintretender Eiterung der Verlauf in günstigstem Fall in 8 Tagen, im langwierigsten in 4 Wochen, bei der Mehrzahl der Fälle aber in 14 Tagen vollendet war. Abgeschlossen wurde die Behandlung angesehen, wenn die Abscesshöhle vollkommen vernarbt und die zurück bleibende Infiltration entweder zur Gänze geschwunden war, oder sich als schmerzloses, die Kranke nicht wesentlich belästigendes Rudiment des verlaufenen Krankheitsprocesses darstellte, dessen weitere Lösung mit Beruhigung der Naturthätigkeit überlassen werden konnte. Die Compression wurde mittelst einer 20—25 Ellen langen, $^5/_4$ Zoll breiten feinen Rollbinde, und der nöthigen Menge Kleisters oder einer Stärkabkochung bewirkt. Immer wurden beide Brüste bandagirt, wenn auch die andere gesund war, was zur Gleichförmigkeit der Compression unumgänglich nothwendig ist. In den Fällen, wo das Stillen auf der andern Brust fortgesetzt wird, ist es räthlich unmittelbar auf die gesunde Brust eine gleichförmige Schichte von Watte aufzulegen, welche dann später nach Bedarf unter dem Verbande entfernt werden kann. Die Bändertouren müssen beide Brüste in ihrem ganzen Umfange gleichförmig bedecken, und nur die Brustwarzen, und wenn diese eingesunken sind, selbst die nicht, frei bleiben. — Zu diesem Behufe müssen die Brüste vor dem Anlegen der Bandage gehörig in die Höhe gehoben, einige Bändertouren über beide Schultern, die Mehrzahl derselben um den Thorax in der Art geführt werden, dass die Bänder dort, wo sie die Brüste bedecken, in immer enger werdenden Achter- Touren zu liegen kommen. Alle Theile der Bandage, welche sich leicht verschieben können, besonders aber alle die kranke Brust bedeckenden Bänder müssen in ihrer ganzen Ausdehnung mit Kleister oder Stärke bestrichen werden.

Ist der Verband gehörig angelegt, so erscheinen beide Brüste vollkommen markirt und erheben sich wie beim jungfräulichen Weibe in gerader Richtung vom Brustkorbe. Der Druck muss nur mässig sein, und das Athmen der Kranken nicht beeinträchtigen. Alle von mir behandelten an Brustdrüsenentzündung Leidenden empfanden fast augenblicklich die Wohlthat des Verbandes, doch war hierbei die sorgfältige Anlegung nach allen angegebenen Regeln eine unumgängliche Bedingung, so dass ein minder sorgfältig angelegter Verband entweder nicht vertragen wurde, oder wohl auch Verschlimmerung des Zustandes zur Folge hatte.

Die raschesten Erfolge sahen wir bei dieser Behandlungsweise bei ganz frischen Fällen; hier wurde durch die Compression die Entzündung entweder rasch behoben und so die Eiterung verhütet, oder es bildete sich der Abscess mit erstaunlicher Raschheit. Innerhalb zwei bis drei Tagen war derselbe in der Regel vollständig entwickelt, wobei, wie leicht begreiflich, die örtlichen und die allgemeinen Erscheinungen einen entsprechenden Grad von Intensität erreichten. Nach Abnahme des Verbandes wurde jetzt der Abscess mittelst eines weiten Schnittes geöffnet und entleert. Das weite Eröffnen ist bei grossen Brustabscessen von wesentlicher Bedeutung, indem sonst die im Eiter schwimmenden, nicht selten sehr beträchtlichen Klumpen necrotisirten Drüsengewebes nicht entleert werden können, und überhaupt ein bequemer Ausfluss des Inhaltes durch längere Zeit erhalten werden muss. Nur auf diese Weise verhütet man die Bildung von Recidiven und von Fisteln. Gleich nach der Entleerung des Abscesses wird der Verband neuerdings angelegt, wobei die Vorsicht gebraucht wird, die Wunde unbedeckt zu lassen und zwischen die Wundlefzen einen Leinwandlappen einzuführen. Später wird der Verband nach Bedarf alle 2 bis 3 Tage gewechselt, und in der Mehrzahl der Fälle reichte ein fünf- bis siebenmaliges Wechseln zur vollständigen Heilung hin.

Weniger rasch ist der Erfolg dieser Behandlung in den Fällen, wo schon spontaner Eiterdurchbruch Statt gefunden, indem durch die fortbestehende Entleerung die Compression an concentrischer Gleichförmigkeit verliert, und zudem die Durchbruchscanäle gewöhnlich sehr eng und in Bezug zu dem Hauptheerde der Entzündung nicht selten schlecht gelagert sind, so dass das blutige Eröffnen einer zweiten geeigneteren Stelle nicht immer umgangen werden kann. Eben so ist es bei tiefen mehrfachen Fistelbildungen die hauptsächlichste Aufgabe, dem Eiter einen bequemen Austritt zu verschaffen. In drei Fällen wurde der Verband bei Frauen angelegt, die auf der gesunden Brust nährten, und ich gewahrte aus der beiderseitigen Compression für das Stillungsgeschäft weder eine besondere Unbequemlichkeit, noch einen Nachtheil. Nie wurde das Anlegen des Kindes an die kranke Brust gestattet.

Fassen wir die Resultate der Compression in Kürze zusammen, so ergeben sich nachstehende wesentliche Vortheile: 1. Eine beträchtliche Abkürzung des Krankheitsverlaufes, 2) rasche Mässigung des Schmerzes, 3) Förderung der Eiterbildung, 4) einfacher Eiterdurchbruch, 5) Einfachheit der Behandlung, die alle therapeutischen Mittel und insbesondere das lästige Kataplasmiren entbehrlich, und nur ein entsprechen-

des diätetisches Regime nothwendig macht; 6) grosse Bequemlichkeit für die Kranken, die nach Entleerung des Eiters in der Regel ohne Beschwerde ihren häuslichen Geschäften nachgehen können.

Kaiserschnitt mit glücklichem Erfolge für Mutter und Kind.

Ausgeführt und mit Bemerkungen mitgetheilt von *Wilhelm Lange*, Doctor der Medicin und Chirurgie, Magister der Geburtshülfe, Assistenten der geburtshülflichen Klinik und Secundärarzte der k. k. Gebäranstalt zu Prag.

Anna W....r aus Prag, eine 26 Jahre alte, von sehr armen Eltern (von denen der Vater noch am Leben, die Mutter aber nach langem Krankenlager angeblich an einem Gehirnschwamme bereits gestorben) abstammende ledige Dienstmagd von sehr schwacher Körperconstitution, mit blonden Haaren, blauen Augen, zartem, weissen Hautorgane, litt, wie ihre übrigen 2 noch lebenden und auffallende Knochenverkrümmungen darbietenden jüngeren Schwestern, als Kind an Rhachitis, und lernte erst im 6. Jahre gehen. Selbst in diesem Alter vermochte sie nur einen schwachen und seltenen Gebrauch von ihren Gehwerkzeugen zu machen und brachte, von ihren ausser dem Hause ihrem Erwerbe nachgehenden Eltern ganz vernachlässigt und sich selbst überlassen, ungefähr seit ihrem 3. Jahre den grössten Theil der Zeit, in welcher sie nicht schlief, sitzend zu, wobei sie die linke untere Extremität der Art unterzuschlagen pflegte, dass der Fuss unter die rechte Gesässhälfte zu liegen kam, eine Gewohnheit, die sie beim Sitzen bis in's 12. Jahr beibehielt. Ausser einer ebenfalls in der Kindheit überstandenen Halsdrüsengeschwulst, die in Eiterung überging, nie von einer bedeutenden anderweitigen Krankheit heimgesucht, von jeher jedoch an Kurzathmigkeit, die ihr die Verrichtung schwererer Arbeiten nicht gestattete, leidend, bekam sie im 16. Jahre ohne bemerkenswerthe Nebenzufälle zum ersten Male ihre monatliche Reinigung, und diese beobachtete bis zum Eintritte der Schwangerschaft ihren regelmässigen Gang. Die Schwangerschaft verlief ohne erhebliche Störungen bis gegen die letzten Tage, in welchen die mit der Wartung blatterkranker Kinder beschäftigte Schwangere, obwohl geimpft, von Variolois unter ziemlich heftigem Fieber befallen wurde. Am 3. Tage nach dieser Erkrankung, d. i. *am* 5. *Jän.* 1844, verspürte sie die ersten wehenartigen Schmerzen, weshalb sie von der herbeigerufenen Heb-

amme in die geburtshülfliche Klinik überbracht wurde, wo sie, am selben Tage Abends aufgenommen, Folgendes darbot:

Körperlänge nicht ganz $4^1/_2$ Schuh; der Kopf im Verhältnisse zum übrigen Körper gross, besonders breit zu nennen, die Wirbelsäule in Form eines umgekehrten S verlaufend, so zwar, dass die grösste Seitenkrümmung derselben den Brusttheil betrifft; in Folge dessen die linke Seite des Thorax stark nach einwärts gedrückt, die rechte hingegen, besonders in der Gegend der Rippenwinkel, verhältnissmässig nach auswärts gewölbt; der rechte Hüftbeinkamm und Trochanter, besonders wenn beim Stehen beide Plattfüsse den Boden berühren, höher stehend als der linke, daher das Becken schief nach der linken Seite gerichtet; die linke untere Extremität bedeutend kürzer, als die rechte, daher der Gang hinkend; die Kreutzgegend ziemlich breit, aber flach, nicht nach auswärts gewölbt, die Dornfortsätze des Kreutzbeines schief von oben und links nach unten und rechts verlaufend, die hinteren Darmbeinhöcker beiderseits gleich weit von denselben entfernt; der Dornfortsatz des letzten Lendenwirbels wenig hervorragend; der Schamberg wenig gewölbt, die Schambeinverbindung flach eingedrückt; die Oberschenkel mässig nach auswärts, die Unterschenkel, besonders der linke im unteren Dritttheile stark nach vorne bogenförmig gekrümmt; das Becken bedeutend geneigt; die Conjugata des Einganges nach der Messung mit Baudelocque's Dickenmesser 2 Zoll 10 Linien, die Hüftenbreite $10^1/_4$, die Entfernung der grossen Trochanteren von einander $11\,^1/_2$ Zoll betragend, der mässig überhängende Unterleib bedeutend voluminös, ungleich, so zwar, dass der obere Theil der rechten Seite gefüllter erscheint als der gleichnamige der linken; über dem linken horizontalen Aste der Schambeine der Kopf durch die Bauchdecken fühlbar; der Foetalpuls in der Mittellinie zwischen Nabel und Schamberg deutlich hörbar. — Die innere Untersuchung ergab den Schambogen ziemlich breit, das Steissbein mässig nach vorn gekrümmt, den queren Durchmesser des Beckenausganges bei das Normale übersteigendem geraden, auf $2^1/_2$ Zoll verkürzt, den Vorberg mit dem Zeigefinger leicht erreichbar, stark hervorragend und etwas nach der rechten Seite gerichtet, den Muttermund nur im Stehen der Person und bei nach aufwärts gehobenem Bauche erreichbar, ganz nach der linken Seite gerichtet und bei fast gänzlich verstrichenem Mutterhalse sehr wenig geöffnet, durch den Scheidengrund bei einiger Anstrengung eine Schulter als vorliegend wahrnehmbar. Die Wehen hatten den der 1. Geburtsperiode zukommenden Charakter und kamen sehr selten. Übrigens bemerkte man an der Kreissenden zahlreiche *Varioloiden*, und zwar im Gesichte und am Rumpfe im 2., an den Gliedmassen im 1. Stadium,

und ziemlich heftiges *Fieber* mit grossem Durste, weisslich belegter Zunge, einigem Schmerz beim Schlingen, trockenem Husten, sehr beschleunigtem vollen, weichen Pulse. — Die Kranke wurde in ein separates Zimmer gelegt und angewiesen, mehr die linke Seitenlage zu beobachten; übrigens erhielt sie eine Mixt. oleosa c. Nitro und Mandelmilch zum Getränk.

In den nächstfolgenden 2 *Tagen*, in welchen die Variolois einerseits frische Nachschübe bildete, andererseits ihren Verlauf fortsetzte und wegen grosser Schmerzhaftigkeit der mit zahlreichen Blattern besetzten äusseren Genitalien und der Scheide die innere Untersuchung nur selten vorgenommen werden konnte, ergab sich bezüglich des Geburtsverlaufes keine weitere Veränderung, als dass der Kopf am 6. *Jäner* früh über dem rechten ovalen Loche, am 7. *Jäner* früh nach veränderter Lage der Kreissenden wieder über dem linken gefühlt wurde, dass er bald darauf etwas mehr gegen die Mitte des Beckeneinganges rückte und dass man das Scheidengewölbe nun etwas nach abwärts gedrängt, den Muttermund zwanzigergross geöffnet, fast ganz in der Beckenachse stehend, leichter erreichbar und durch denselben neben dem Kopfe eine Hand vorliegend vorfand. Die Wehenthätigkeit hatte sich kaum merklich vermehrt und machte noch lange Pausen. Wegen Brennen im Halse wurde das Nitrum weggelassen und blos Mandelmilch verabreicht. — *Am* 8. *Jäner* zeigten sich unter Abnahme des Fiebers die Varioloiden grossentheils bereits mit Eiter gefüllt, die Wehen kamen etwas energischer und öfter, der Muttermund erreichte die Grösse eines Thalers, bezüglich der vorliegenden Kindstheile ergab sich keine Veränderung. — *Am* 9. *Jäner* endlich fingen unter fortschreitender Abnahme des Fiebers einzelne Varioloidenpusteln im Gesichte an zu vertrocknen, die Wehenthätigkeit war in stetiger Zunahme und erreichte gegen Mittag den Grad der Drangwehen. Der Muttermund zeigte die der 3. Geburtszeit zukommende Vorbereitung, es stellte sich die Fruchtblase, die aber sehr kurz und platt war und selbst während der Wehe kaum aus dem Muttermunde hervorragte und durch dieselbe fühlte man den Kopf hoch und ganz beweglich über dem Eingange fast ganz im Querdurchmesser desselben mit nach links gekehrtem Hinterhaupte und neben demselben beiderseits eine Hand vorliegen.

Obwohl es nun keinem Zweifel unterlag, dass ein ausgetragenes lebendes Kind von gewöhnlicher Grösse und Stärke durch das vorliegende, in Folge der Rhachitis so verunstaltete Becken, dass nach wiederholt und von mehreren Geburtsärzten vorgenommener äusserer und innerer Untersuchung die Eingangsconjugata sicher unter 3, der Querdurchmesser des Ausganges hingegen nicht über $2\frac{1}{2}$ Zoll betrug,

auf keine Weise durchgeführt werden könne, so waren zur sicheren Begründung des einzuschlagenden Handelns dennoch vorzüglich zwei Punkte in Betracht zu ziehen. Einerseits handelte es sich nämlich um die Bestimmung, ob die Schwangerschaft bereits ihr naturgemässes Ende erreicht habe, daher das Kind als ausgetragen anzunehmen sei; andererseits war, es mochte nun die Schwangerschaft in welcher Epoche immer begriffen sein, die Grösse der Frucht, besonders des Kopfes, nach Möglichkeit auszumitteln. — Was den ersten Punkt betrifft, so war dieser unter den gegebenen Umständen von um so grösserer Wichtigkeit, als die Schwangere mit einer fieberhaften Krankheit behaftet war, mit einem pathologischen Zustande also, in Folge dessen erfahrungsgemäss nicht selten Frühgeburt eintritt; der Fall also, dass das Kind, trotz der Verengerung des Beckens, dennoch auf natürlichem Wege zur Welt hätte gefördert werden können, gehörte wenigstens nicht zu den Unmöglichkeiten. Allein obschon dem Gesagten zufolge das bereits begonnene Geburtsgeschäft hier keinen Anhaltspunkt gewähren konnte, so waren die übrigen Momente, die dem Geburtsarzte zur Bestimmung der Periode der Schwangerschaft zu Gebote stehen, namentlich die von dem Ausbleiben der monatlichen Reinigung, von dem Eintritte der ersten fühlbaren Fruchtbewegungen und von der Entwickelung des Fruchthälters hergenommenen doch von der Art, dass sie zusammengenommen der Annahme, die Schwangerschaft sei bereits bis zu ihrem naturgemässen Ende gediehen, alle nur mögliche Gewissheit verschafften. — Den zweiten Punkt, die Grösse des Kindes, anlangend, so ermangelten wir bis itzt, die bedeutende Ausdehnung des Unterleibes ausgenommen, aller sicheren Stützpunkte zur Bestimmung derselben. Da diese jedoch zum Theil auch von einer grösseren Menge der Fruchtwässer abhängen konnte, eine Annahme, welcher die grosse Beweglichkeit des spontan seine Stelle ändernden Kopfes einige Wahrscheinlichkeit verlieh, so war die diesfällige Ermittelung vor dem Abflusse der Wässer nicht möglich. In Erwägung dessen und in Rücksicht, dass keine Gegenanzeige vorhanden war, verrichtete ich daher um 1 Uhr Nachmittags den künstlichen Blasensprung mit Hülfe des Fingers und war gleichzeitig bemüht, die vorliegenden Extremitäten zu reponiren. Nur mit Mühe und unter namhafter Schmerzäusserung der Kreissenden gelang es mir, mit meiner linken, konisch zusammengelegt im Querdurchmesser kaum $2\frac{1}{2}$ Zoll haltenden Hand durch den Beckenausgang einzudringen und die rechte weniger vorgefallene Hand des Kindes zurückzubringen; unmöglich jedoch war es, die bis nahe zum Ellbogen sich vordrängende linke Extremität zurückzuführen, und bald nahm

auch die rechte ihren vorigen Platz wieder ein. Die Menge des abfliessenden Fruchtwassers betrug kaum über $^1/_2$ Seidel: Die Ausdehnung des Unterleibes kam also fast in Gänze auf Rechnung des Kindes, für dessen namhafte Grösse nun auch die tastbare Grösse der vorgefallenen Gliedmassen und des Kopfes, von welchem der Beckeneingang ein verhältnissmässig nur kleines Segment aufnahm, unzweideutige Beweise lieferte. Die Nothwendigkeit des Kaiserschnittes stellte sich als unabweislich heraus; die Vornahme desselben wurde sonach beschlossen und die Einwilligung dazu von der laut um Erlösung flehenden Kreissenden ohne Widerrede unter Beifügung der Bitte gegeben, sie nur so bald als möglich von den übergrossen Qualen zu befreien. — Um $3^1/_2$ Uhr wurde nach den nöthigen Vorbereitungen, bei links unter dem Nabel noch deutlich hörbarem, aber langsamer und etwas schwächer gewordenem Foetalpulse, zur Operation geschritten und die Ausführung derselben durch die Güte des Hrn. k. k. Rathes, Professors und Primargeburtsarztes Dr. A. Jungmann, dem ich überhaupt für die mir vielfach gebotene Gelegenheit zu meiner praktischen Ausbildung zu grossem Danke verpflichtet bin, mir überlassen.

Nachdem eine links unter dem Nabel liegende und ziemlich weit herabreichende, durch Palpation und Percussion erkennbare Darmschlinge nach Möglichkeit zurückgedrängt und unter die Hände des mit der Zurückhaltung der Gedärme betheiligten Gehülfen, welcher dieses Geschäft *mit blossen Händen* verrichtete, gebracht worden war, führte ich der weissen Bauchlinie entlang den Hauptschnitt, trennte die Schichten der Linea alba auf der Hohlsonde, eröffnete dann ungefähr in der Mitte der Schnittlinie mit dem Spitzbistourie stichweise den Bauchfellsack und erweiterte, zuerst nach ab- und dann nach aufwärts den Schnitt auf dem eingeführten linken Zeigefinger mit dem Knopfbistourie. Der nun zwischen die Wundlefzen sich drängende blaurothe Uterus erschien in seiner oberen Hälfte vom *Netze* bedeckt und dieses (vielleicht in Folge abnormer Adhaesionen) so straff gespannt, dass von dem Versuche, dasselbe aus dem Bereiche des Schnittes zu entfernen, abgestanden und die *Spaltung desselben* in einer Länge von etwa 3 Zoll vorgezogen werden musste. Glücklicherweise veranlasste die Durchschneidung nicht die geringste Blutung aus dem Netze. Während der eine der Gehülfen die zwei Theile des Netzes seitwärts unter die Bauchdecken zu bringen bemüht war, *fiel* im oberen Wundwinkel *eine Darmschlinge vor*, die sofort wieder zurückgebracht wurde. Nachdem ich nun mit seichten, wiederholten Messerzügen in die Höhle des Uterus ungefähr in der Mitte seines Körpers eingedrungen war und auf dem linken Zeigefinger

mittelst des Knopfbistouri's die Wunde auf etwa 4 Zoll — weiter gestattete es der Raum nicht — erweitert hatte, fasste ich die Eihäute mit der Pincette und schnitt die gebildete Falte mit der Schere ab. Zu nicht geringem Befremden Aller *entquoll der so gebildeten Öffnung eine eiterförmige Materie*, gleichsam als wäre in einen Abscess eingeschnitten worden. Die Quelle derselben entdeckten wir erst nach der Extraction des Kindes, und sie war keine andere, als die Nase desselben, aus deren rechten Öffnung ein 2 Zoll langer bandförmiger Streif eines dicken, gelben, zähen Schleimes hervorhing. Nach vollkommener Eröffnung der Eihüllen mittelst der Schere auf dem Zeigefinger drängte sich sogleich die rechte Schulter des Kindes in die Uteruswunde. Ich führte nun die rechte Hand am Rücken des Kindes nach aufwärts bis zum Steisse, um dasselbe an den Füssen zu extrahiren; da ich jedoch nicht leicht zu denselben gelangen konnte, der Versuche des einen Gehülfen aber, mir dieselben von aussen etwas zuzudrücken, *den Vorfall einer Darmschlinge*, die unverzüglich reponirt wurde, zur Folge hatte, so förderte ich das Kind mit dem ganz seicht über dem Beckeneingange liegenden und leicht herauszuhebenden Kopfe voran zur Welt. Unmittelbar nach der Abnabelung des Kindes löste ich mit ziemlich leichter Mühe die rechts im Grunde der Gebärmutter sitzende Placenta, nach deren Herausförderung an der rechten Seite des Uterusgrundes abermals *eine Darmschlinge hervorschlüpfte*, die sich jedoch leicht wieder zurückschieben liess. Unbedeutend war die Blutung aus der *Uteruswunde*, deren oberer Winkel einen, wahrscheinlich wegen relativ zu geringer Länge derselben bei dem Versuche der Extraction des Kindes an den Füssen entstandenen, etwa $^1/_2$ Zoll tiefen, schief nach links und oben gehenden *Einriss* zeigte; um so bedeutender hingegen die nach der Entfernung der Nachgeburt eintretende *Blutung aus der Höhle des* sich nur schwach zusammenziehenden *Fruchthälters.* Überraschend war aber auch die Wirkung, welche, nach fruchtloser Reitzung der inneren Fläche des Uterus mittelst der Finger, kleine durch die Wunde in seine Höhle eingebrachte Eisstücke hervorbrachten. Denn alsbald erfolgten kräftige Contractionen, die Wundränder legten sich an einander und die Blutung hatte ein Ende. Interessant war dabei die Bildung schräg von oben nach abwärts verlaufender linearer Runzeln des Bauchfellüberzuges des Uterus. — Nach sorgfältiger Reinigung der Wundränder wurde die Bauchwunde durch eine in 5 in Schleifen geschürzten Heften bestehende Naht vereinigt, diese durch (nicht über den Rücken gehende) Heftpflasterstreifen unterstützt, mit einer trockenen Compresse bedeckt und in den unteren, über 1 Zoll weit offen gelassenen Mundwinkel ein ge-

franster Leinwandstreifen (Sindon) eingeführt. Das Bauchfell bei der Naht mit zu durchstechen, schien um so weniger räthlich, als eine gleichzeitige Durchstechung des in der Nähe befindlichen Netzes nicht mit Sicherheit hätte vermieden werden können. Die Dauer der Operation, welche die Bedauerungswürdige mit erstaunlicher Standhaftigkeit überstand, belief sich mit Einschluss der Anlegung der Naht auf 35 Minuten. Den grössten Schmerz äusserte die Operirte beim Hautschnitte und bei der Durchführung der Nadeln, den geringsten bei der Durchschneidung des Uterus. Das *Kind*, welches in einem schwächeren Grade des Scheintodes zur Welt kam, nach kurzer Bemühung aber das zurückgekehrte Leben durch lautes Schreien offenbarte, worauf es die vom Muttergefühle übermannte Operirte sogleich zu sehen dringend verlangte, war ein ausgetragener, wohlgebildeter und gutgenährter Knabe, dessen Gewicht, bei einer Körperlänge von 19 Zoll, $5^1/_2$ Pfund Civ. betrug, während der gerade Durchmesser des Kopfes reichlich 4, der quere $3^1/_2$, der schiefe 5 Zoll lang war. Er wurde den nächsten Tag früh, da die Mutter wegen Eingesunkensein der wenig entwickelten Brustwarzen ohnehin zum Stillen nicht tauglich gewesen wäre, der Findelanstalt übergeben, wo er bei der ihm zugetheilten Amme so gut gedieh, dass er schon nach 11 Tagen in auswärtige Pflege entlassen werden konnte. — Die Placenta wog 20 Loth und die Nabelschnur hatte eine Länge von 19 Zoll.

Unmittelbar *nach der Operation* fühlte sich die Pat. sehr angegriffen, war sehr blass, jedoch nicht verfallen, und klagte über mässiges Brennen in der Wunde und Durst. Der Puls machte 120 Schläge und war klein. Sie erhielt $^1/_6$ Gran Morph. acet., Mandelmilch zum Getränk und auf den Unterleib eine gestossenes Eis enthaltende Rindsblase. — In der folgenden Nacht genoss sie zeitweilig eines erquickenden Schlafes und am

10. *Jäner* (1.)*) *früh* versicherte sie, bis auf ein geringes Brennen in der Wunde sich recht behaglich zu fühlen. Der Durst war immer noch gross, der Bauch mässig aufgetrieben, unschmerzhaft, aus dem unteren Wundwinkel entleerte sich dünnes Blut in mässiger Menge, aus der Scheide kein Ausfluss, der Puls machte 115 Schläge, war voller, als gestern, aber weich. Es wurde wieder $^1/_6$ Gr. Morph. acet. verabreicht, die strengste Diät angeordnet und gegen Mittag die die Kranke belästigende Eisblase beseitiget. — Abends zeigte sich bei einem ziemlich harten, 126 Schläge zählenden Pulse die Temperatur

*) Die eingeschlossenen Zahlen bedeuten den jedesmaligen Tag nach der Operation.

überall erhöht, die Wangen geröthet, der Durst sehr gross, die Zunge weisslich belegt, feucht, der mässig aufgetriebene *Unterleib in der Umgegend des Nabels schmerzhaft* bei der Berührung, der Schmerz stechend, das Wundsecret blutig-serös; aus der Scheide entleerte sich etwas blutiger Schleim; Stuhl war noch keiner erfolgt, der Urin (willkürlich) in's Bett gelassen worden. Aderlass von 10 Uncen, 12 Blutegel auf die schmerzhafte Stelle, Kalomel zu $\frac{1}{2}$ Gr. alle 3 Stunden. Wasser zum Getränk. — Nach dem Aderlasse stieg der Puls auf 140, wurde aber weicher und freier. Das Blut bildete ein ziemlich grosses, derbes Coagulum mit einem Anfluge von Entzündungshaut. — Nach einer mit zeitweiligem Schlafe zugebrachten Nacht war am

11. *Jän.* (2.) *früh* die Temperatur nur wenig erhöht, der Bauch weniger aufgetrieben, bei der Percussion überall tympanitisch tönend, selbst beim Drucke nicht mehr empfindlich, der Puls 120, weich, das serös-blutige Wundsecret copiös, Stuhl noch nicht erfolgt. Kalomel zu 2 Gr. alle 2 Stunden, Einführung eines neuen Sindon, Bedeckung des unteren Wundwinkels mit Charpie. Pat. wird mit grösster Vorsicht auf ein frischbereitetes Bett übertragen, was von nun an zu grosser Erleichterung der Kranken bezüglich der Lage täglich geschah. — In den Nachmittagsstunden trat eine etwas stärkere allgemeine Reaction ein, die jedoch gegen den Abend wieder nachliess. Nach einem Klystire erfolgte eine Stuhlentleerung, weshalb das Kalomel ausgesetzt wurde.

Am 12. *Jän.* (3.) entleerten die Brustwarzen beim Drucke etwas milchiges Serum, das sich jedoch binnen 2 Tagen wieder verlor. Bei der jetzt vorgenommenen ersten Erneuerung des Heftpflasterverbandes zeigten sich die Ränder der Wunde bis zum vorletzten Hefte (von oben nach abwärts gezählt) im Grund zusammengeklebt. Das *Wundsecret* war in dem verklebten Theile ziemlich consistenter Eiter, in dem unteren Wundwinkel sehr copiös, anfangs dünnflüssig, serös-eitrig, mit Blutklümpchen gemischt, später (5.) *missfärbig, stinkend,* während die klaffenden Wundränder zwischen dem vorletzten und letzten Hefte sich nach innen stülpten, ein schlaffes, blasses, das Zellgewebe im Grunde des unteren Winkels aber am 15. *Jän.* (6.) ein *sphacelöses* Aussehen darbot, die *hintere Wand der Vagina,* bei geringer eiterschleimiger Lochialsecretion, sich wulstig auftrieb, *sehr empfindlich* wurde, sich *mit einer Schichte graulichen sulzig aussehenden Exsudates bedeckte,* und unter allgemeinem Verfalle der Kräfte und der Physiognomie häufige *Diarrhoee* mit Tenesmus sich einstellte. Die Wundränder wurden mit Laudan. liquid. Sydenh., nach eingetretenem Sphacelus mit Kampherschleim bestrichen, der Heftplasterverband täglich, die Charpie alle 6 Stunden erneuert und die Diarrhoee durch Amylum-Klystire mit Tinct. ano-

dyn. und innerlich durch Mixtur. gummos. mit Tinct. anodyn. beschwichtigt.

Am 15. *Jän.* (6.) bemerkt man bei ganz erschlafften Bauchdecken *links vom Nabel eine handtellergrosse, resistente, ziemlich begränzte,* aber unschmerzhafte, und tympanitisch - voll resonirende *Auftreibung*, die sich binnen 9—10 Tagen allmälig wieder verlor.

Am 16. *Jän.* (7.)—an welchem Tage die *Varioloiden* sich schon allenthalben *abgetrocknet* zeigten — wurde der 2. Heft von oben und, da eine Vereinigung der Wundlefzen zwischen den 2 letzten Heften nicht zu erwarten stand, auch der unterste entfernt und dadurch nicht nur ein freierer Ausfluss erzielt, sondern auch das Einlegen des Leinwandstreifens erspart. Durch den nun mehr eine rundliche Gestalt annehmenden Wundwinkel sah man den oberen Theil der *Uteruswunde* sammt dem Einrisse. Ihre Ränder lagen an einander und waren von aussen *mit einer weissen Exsudatschichte überzogen*, daher sie wie bereift aussahen. Aromatische Kräutersäckchen auf die Wunde.

Nachdem bis zum 19. *Jän.* (10.) auch die übrigen Hefte weggenommen worden, erscheint die Wunde vom oberen Winkel bis zur Stelle des vorletzten Heftes, bei stark eiternden Stichcanälen, im Grunde gleichmässig vereinigt, mit hier und da anhebender schwacher, blassröthlicher Granulation in der etwa 2 Linien breiten, 1 Linie tiefen, mässig eiternden, linearen Wundrinne. Die Abstossung des sphacelösen Zellgewebes im unteren Theile der Wunde erfolgte nun unter Fortgebrauch des Kampherschleimes ziemlich rasch, das Exsudat in der Umgebung der Uteruswunde verlor sich allmälig und schon am 22. *Jan.* (13.) machten sich überall, die Uteruswunde nicht ausgenommen, schlaffe, blassröthliche Granulationen bemerkbar, nachdem bis dahin auch die Scheide, aus welcher sich ein dicker eiterförmiger Schleim in ziemlicher Menge entleerte, zur Normalität zurückgekehrt war — und die Diarrhoee schon früher aufgehört hatte.

Obgleich jedoch ein am 14. *Jän.* (5.) Abends plötzlich eintretender heftiger *stechender Schmerz in der rechten Thoraxhälfte*, der sich seitlich und rückwärts von der Schulter bis über die falschen Rippen hinab erstreckte und durch Druck sehr vermehrt wurde — wobei aber die Respiration wohl beschleunigt, jedoch weder ungleich noch mit Husten verbunden war — durch die Application von Blutegeln sehr bald behoben worden war, so machte dennoch eine 5 Tage später (10.) hinzugetretene *Pleuritis* der *linken* Seite, die sich anfangs durch stechenden, nach Blutegeln nachlassenden Schmerz in der entsprechenden Thoraxhälfte und im Rücken, durch beschleunigte, mühsame, ungleiche Respiration bei gehindertem tiefen Einathmen, durch trockenen, sehr

schmerzhaften Husten und durch Zunahme des Fiebers mit einem Pulse von 155 Schlägen kund gab, so rasche Fortschritte, dass schon am 22. *Jän.* (13.) bei der nun zum ersten Male möglichen physikalischen Untersuchung das Exsudat bereits bis zur 4. Rippe gestiegen und das Herz bedeutend gegen das Sternum hin verschoben sich darstellte. An demselben Tage Nachmittags wurde Pat., unter *auffallender Verminderung des* bis dahin immer sehr copiösen *Wundsecretes,* plötzlich von einem *asthmatischen Anfalle* ergriffen, der bei höchster Erstickungsgefahr mit einem sehr kleinen, unregelmässigen Pulse von 170 Schlägen und intensivem, rasselnden Husten alle bisher genährte Hoffnung mit Einem Male zu vernichten drohte. In dieser verzweifelten Lage entschlossen wir uns zu einer Venaesection, jedoch bereit, die geöffnete Armvene bei sich nicht bald herausstellendem guten Erfolge jeden Augenblick wieder zu schliessen. Nebstdem wurden die Extremitäten mit lauem Essig gerieben, auf die vordere Fläche der Brust ein verschärfter Senfteig, auf die linke Seitengegend ein Vesicans gelegt und innerlich Pulv. fol. Lobeliae inflat. alle $1/_2$ Stunde $1/_2$ Gran verordnet. Der Aderlass (zu 5 Unc.) hatte die gewünschte Wirkung; denn Pat. verspürte, während das Blut noch floss, Erleichterung und nach etwa 2 Stunden war so ziemlich der frühere Zustand mit einem Pulse von 140 Schlägen wieder hergestellt. Von den Pulvern wurde nun alle Stunden, später alle 2 Stunden eines gegeben. Das Blut bildete viel gelbliches, klares Serum und ein zwar kleines, aber derbes Coagulum. (Erst einige Wochen später legte Pat. das freiwillige Bekenntniss ab, dass in der diesem Anfalle vorhergegangenen Nacht ihr eine der die Wache haltenden Hebammencandidatinen auf ihr Verlangen aus unzeitiger Barmherzigkeit die heissen Füsse mehrmal mit eiskaltem Wasser gewaschen hatte.) — Um Mitternacht trat wieder ein schwacher bald vorübergehender Asthmaanfall ein, nach welchem Pat. zeitweilig schlief.

Am 23. *u.* 24. *Jan.* (14. *u.* 15.) entleerte der Husten geformte, dicke, eiterförmige Sputa, Pat. konnte wieder auf dem Rücken und auf beiden Seiten liegen und klagte über Hunger. Der Bauch war zusammengefallen, weich, die Protuberanz und Resistenz am Nabel nicht mehr wahrnehmbar, das Secret der durchaus rein und granulirend aussehenden Wunde wieder viel copiöser, eiterförmig, aber dünn. Inf. fol.-Digital. purp. c. Kal. acet., und jede 3. Stunde ein Lobeliapulver, die am 24. ausgesetzt werden. Der Wundwinkel wird nur 1mal des Tages mit Kampherschleim bestrichen, übrigens die ganze Wunde mit Charpie, mit Laudan. liquid. Sydenh. befeuchtet, täglich 2mal verbunden und die Kräutersäckchen weggelassen. Kraftbrühen.

Am 25. *u.* 26. *Jän.* (16. *u.* 17.) kam der Husten seltener und entleerte keine Sputa mehr, der Appetit war sehr gut, die Lippen mit *Hydroa* besetzt, der Puls 112, der in grösserer Menge gelassene Harn bildete ein copiöses schleimiges und rosenrothes Sediment. Behandlung dieselbe. Hühnersuppe, eingemachtes Huhnfleisch.

Am 27. *Jän.* (18.) ergab die Untersuchung des Unterleibes *Ascites* mit geringem *Oedem der linken grossen Schamlippe*: — aus der Vagina quoll noch etwas eiteriges Secret; die in Folge der ringsum anschliessenden Granulation schon so verkleinerte Wundöffnung, dass sie keine Einsicht auf den Uterus mehr gestattete, secernirte eine geringe Menge dicken Eiters; der ziemlich reichliche Urin war trüb mit Enaeorem; der Puls 125. Am Kreutzbein hatte sich ein geringer *Decubitus* gebildet. Aqua Goulardi auf den Decubitus; die übrige Behandlung dieselbe.

Vom 28. *Jän.* bis 1. *Feb.* (19. — 23.) wechselte der Puls zwischen 112 und 126 Schlägen und sank am 1. Feb. auf 100 herab. Schlaf und Appetit waren gut, die Hydroa vertrocknete, der trockene Husten stellte sich hauptsächlich nur des Nachts ein, das pleuritische Exsudat und der Ascites zeigten eine merkliche Abnahme, das Oedem der Schamlippen verschwand, Stuhl erfolgte täglich 2mal breiartig, der ziemlich reichliche Harn bildete einen bedeutenden dicken, flockigen, manchmal rosenrothen Bodensatz. Das Infus. Digital. c. Kal. acet. wurde in steigender Gabe fortgesetzt, der Kampherschleim und das Laudan. liquid. ausgesetzt und die schlaff und grobkörnig granulirende Wunde mit rother Präcipitatsalbe verbunden. Pat. erhielt kräftige Suppen und abwechselnd eingemachtes Tauben-, Huhn- und Lammfleisch. — Bald wurde die Granulation lebhafter und schon am 1. *Feb.* (23.) erschien die *Wundrinne fast ganz ausgefüllt mit* hier und da bereits *anhebender Epidermisbildung;* der untere Theil der Wunde, mehr und mehr eine runde, trichterförmige Gestalt annehmend und am Umfange sich verkleinernd, secernirte sehr wenig dicken Eiter und communicirte nur noch durch eine kleine Öffnung mit der Bauchhöhle.

Von nun an besserte sich unter dem Einflusse einer guten Kost das Aussehen der Kranken mehr und mehr, die Kräfte nahmen zu, der Decubitus heilte, die *Wundrinne* erschien am 6. *Feb.* (28.) ganz *ausgefüllt* und am 19. *Feb.* (41.) *mit einer feinen Epidermis überkleidet.* Mittlerweile waren auch die *Stichcanäle verheilt*, am 12. *Feb.* (34.) der *untere Theil der Wunde*, der mit rother Präcipitatsalbe verbunden und zeitweilig stellenweise mit Lapis inf. touchirt wurde, ganz *geschlossen,* bei immer mehr sich verkleinerndem Umfange am 7. *März* (58.) mit Granulation ganz *ausgefüllt* und am 18. *März* (69.) *mit Epidermis über-*

zogen. Der *Ascites* verlor sich unter dem Fortgebrauche der Digitalis in steigender Gabe bis zum 3. März ganz. Das *pleuritische Exsudat*, gegen welches später Ungt. ciner. cum ungt. Sabinae erfolglos angewendet wurde, besteht, obwohl in geringerer Menge, noch (20. März) fort; jedoch ist der Husten sehr gering und in Betreff der Respiration versichert Pat., die mit einer Bauchbinde versehen bereits zeitweilig ausser Bette ist, nicht viel mehr Behinderung zu verspüren, als in gesunden Tagen.

Von den zu interessanten Betrachtungen Anlass gebenden Punkten der vorliegenden Geschichte will ich zum Schlusse nur einige in Kürze berühren. — Zuvörderst verdient das *Becken* selbst unsere Aufmerksamkeit. Obgleich es sich nämlich durch die namhafte Verkürzung der Conjugata des Einganges bei fast das Normale übersteigendem Querdurchmesser desselben, zusammengehalten mit den offenkundig von vorhergegangener Rhachitis zeugenden Verkrümmungen der Wirbelsäule und der Extremitäten, auf den ersten Anblick als sogenanntes rhachitisches charakterisirt, so zeigt doch der Ausgang desselben durchaus nicht die einem solchen in der Regel zukommende, sondern vielmehr eine entgegengesetzte Beschaffenheit. Denn er hat nicht nur nicht eine das Normale übersteigende Weite, sondern ist im Gegentheile in Folge der auffallend nahe an einander stehenden Sitzknorren verhältnissmässig mehr verengt, als der Eingang, so dass das Becken in dieser Hinsicht den Anstrich eines osteomalakischen erhält. Woher nun diese Eigenthümlichkeit? — Die Antwort liegt in der Anamnese, in dem Umstande nämlich, dass Pat. in der Kindheit während des Verlaufes der Rhachitis jahrelang den grössten Theil der Zeit sitzend zubrachte. Während nämlich, wie dies neulich Herr Prof. Martin zu Jena sehr anschaulich dargethan (vergl. „Neue Zeitschrift für Geburtskunde" von Busch, d'Outrepont, Ritgen und Siebold, 15.B. 1. H. S. 48 u. ff.) die Kleinheit der Darmbeine, besonders in der Gegend der ungenannten Linie mit der daraus resultirenden Verkürzung der Eingangsconjugata und die geringe Höhe, Zartheit und Zierlichkeit sämmtlicher Beckenknochen unmittelbare Folge der durch die Rhachitis bedingten Entwickelungshemmung sind, daher die Hauptcharaktere des rhachitischen Beckens darstellen, sind die übrigen an demselben vorkommenden Formfehler, wie z. B. der tiefe Stand des Vorberges, das Eingedrücktsein der geraden Schambeinäste, die vorherrschende Enge des Einganges im Gegensatze zur Weite des Ausganges u. s. w., nur zufälligen, während des Bestehens der Knochenerweichung einwirkenden mechanischen Ursachen, namentlich der vorzugsweise beobachteten Haltung und Stellung des Körpers, zuzuschreiben. Es wirkt aber aus leicht begreiflichen

Gründen in dieser Hinsicht andauerndes Gehen und Stehen vorzugsweise verengernd auf den Eingang des Beckens, während anhaltendes Sitzen in gleicher Weise die Räumlichkeit des Ausganges beeinträchtiget. Fassen wir dabei noch die Art, wie unsere Pat. zu sitzen gewohnt war, in's Auge, nämlich mit untergeschlagener linker unterer Extremität, so dass die Sitzknorren dabei nicht in gleiche Ebene zu liegen kamen, so haben wir vielleicht auch den Erklärungsgrund der Schiefheit des Beckens und der, grossentheils durch dieselbe bedingten, Verkürzung der linken unteren Extremität gefunden.

Wir befanden uns in der äusserst unangenehmen Lage, zur Operation unter Umständen schreiten zu müssen, die einem glücklichen Erfolge nichts weniger als günstig waren, und in Bezug auf welche die Vornahme derselben nur durch ihre absolute Unaufschiebbarkeit gerechtfertigt erscheint. Ich meine die mit starkem Fieber verlaufende *Variolois*, womit die zu Operirende behaftet war. Allein gerade in dieser Hinsicht begegnen wir der gewiss höchst interessanten Beobachtung, dass, während einerseits die Natur, obgleich das Geburtsgeschäft bald nach dem Ausbruche der Variolois begonnen hatte, den für die Vornahme der Operation günstigen Zeitpunkt so weit hinausschob, bis nicht nur der Ausbruch beendet, sondern sogar schon das 3. Stadium eingetreten und das Fieber bereits bedeutend gemindert war, andererseits der weitere Verlauf durch den gewiss bedeutenden operativen Eingriff keine Störung erlitt.

Hiermit haben wir zugleich unsere Meinung über den *günstigsten Zeitpunkt* zum Kaiserschnitte ausgesprochen und gezeigt, dass wir uns hierin der Ansicht des Herrn Prof. Rosshirt anschliessen, welcher die 3te Geburtsperiode, und zwar nachdem selbe schon einige Zeit gedauert, als solchen bezeichnet. (Vergl. „Die geburtsh. Operationen von D. E. Rosshirt, Prof. &." Erlangen 1842. S. 305 u. ff.) Nur möchten wir den daselbst gegen das frühere Operiren geltend gemachten Gründen noch den beifügen, dass es Fälle geben kann, — und dazu gehört der unsrige — in welchen man früher über die Grösse des Kindes, die doch unter gewissen Umständen für die Vornahme oder Unterlassung der Operation den Ausschlag gibt, keinen oder nicht genügenden Aufschluss einzuholen im Stande ist, man also in die äusserst unangenehme Verlegenheit gerathen könnte, den Kaiserschnitt unternommen zu haben, wo er nicht nöthig war. Exempla sunt odiosa! (Vergleiche *Archives de la médecine belge* 1843, Novemb. pag. 296.) Als Beleg für die Wichtigkeit des Zuwartens bis in die 3te Geburtszeit, von diesem Gesichtspunkte aus, nur folgenden uns erst im März l. J. vorgekommenen Fall. Eine in der Kindheit mit Rhachitis behaftet

gewesene 27 Jahre alte, nur 4 Schuh hohe, verheirathete Taglöhnerin wird zu Ende der ersten Schwangerschaft am 25. Feb. von den ersten Wehen befallen. Am 26. Mittags gehen die Wässer ab, allein erst am 29. sucht man den Beistand eines Geburtshelfers nach. Dieser bescheidet sie nach vergeblichem Versuche, die Zange anzulegen, in's Gebärhaus, wohin sie aber erst am 1. März überbracht wird. Wir finden die Frau höchst abgemattet, fast schon ganz ohne Wehen, den Foetalpuls noch schwach hörbar, den Kopf so in das Becken eingetrieben, dass die sehr bedeutende Vorkopfgeschwulst nahe bis zum Ausgange reicht. Es wird die Zange ohne besondere Schwierigkeit angelegt und mittelst 5 kräftiger Tractionen ein zwar ausgetragenes, aber *kleines* Kind entwickelt, das wohl das noch glimmende Leben durch den noch wahrnehmbaren Herzschlag kund gibt, aber nicht zu sich gebracht werden kann. Die nun mögliche genaue Untersuchung — deren Resultate nach an Endometritis gangraenosa erfolgtem Tode auch am Cadaver bestätiget gefunden wurden — ergibt das Becken sehr niedrig, in allen seinen Durchmessern verengt, namentlich aber die Conjugata des Einganges, bei sehr tief stehendem Vorberge und einem Querdurchmesser von 4 Zoll, auf $2\,{}^{3}/_{4}$ Zoll verkürzt, den Ausgang im Verhältnisse zum Eingange weit. — Gesetzt nun, man wäre zu dieser Kreissenden zu Anfange der Geburt gerufen worden: würde man nicht allen Ernstes an die Nothwendigkeit des Kaiserschnittes gedacht haben? — Zweifelsohne, und doch wäre er — was aber erst der fernere Geburtsverlauf lehren konnte — unnöthigerweise unternommen worden; denn wir entwickelten den Kopf, trotzdem er mit der Stirne nach vorn und rechts gekehrt eingetreten war, daher eine minder günstige Stellung hatte, mit der Zange, und wenn das Kind auch scheintodt zur Welt kam und nicht belebt werden konnte, so ist nicht zu übersehen, dass der Erfolg in dieser Beziehung gewiss ein glücklicherer gewesen sein würde, wäre die Person nicht erst am 6. Tage der Geburtsarbeit in Behandlung gekommen. — Oder wie, wenn der Fall — wie er erst unlängst einem hiesigen Praktiker vorkam — sich in folgender Weise ereignet? Eine schon 2mal wegen Beckenenge mittelst der Enthirnung von starken Kindern entbundene Frau arbeitet zur 3. Geburt. Der grosse Unterleib lässt wieder ein starkes Kind vermuthen. Konnte man hoffen, dasselbe auf natürlichem Wege lebend zur Welt fördern zu können? Gewiss nicht, und doch wäre auch hier der Kaiserschnitt unnöthigerweise vorgenommen worden; denn die Frau trug — was in der Regel nur bei weitem Becken der Fall ist — wider alles Vermuthen Zwillinge, welche beide, und zwar der erste mit

der Zange, der zweite mittelst der Extraction an den Füssen lebend zur Welt gefördert wurden.

Bezüglich der *Operation* selbst will ich nur drei Punkte hervorheben. Die nothwendig gewordene *Durchschneidung des Netzes* und der *Einriss in die Gebärmuttersubstanz* bildeten gewiss die Prognose trübende Momente. Und doch hatten beide keinen wesentlichen Nachtheil zur Folge. Denn letzterer — der durch tieferes Einschneiden des Uterusgrundes, was jedoch allgemein widerrathen wird, allerdings hätte vermieden werden können — verhielt sich dem äusseren Ansehen nach während der Heilung ganz so, wie die Uterusschnittwunde, und wenn auch hinsichtlich der ersteren die am 1. Tage nach der Operation eingetretene Entzündung, in Anbetracht des Sitzes der Schmerzen und der später — wie ich glaube nach geschehener Exsudatbildung — sich bemerkbar machenden und allmälig wieder schwindenden Anschwellung und Resistenz, nach meinem Dafürhalten der Hauptsache nach dem Netze angehörte, so blieb sie doch in den Gränzen der Mässigkeit und liess sich leicht beschwichtigen. — Der 3. Punkt betrifft die nach der Entleerung des Uterus erfolgte starke *Metrorrhagie*, in Bezug auf welche ich mir auf die vortreffliche Wirkung aufmerksam zu machen erlaube, welche das durch die Wunde eingebrachte Eis, das mir, durch den Muttermund eingeführt, bei Metrorrhagien schon einigemal ausgezeichnete Dienste leistete, hervorbrachte.

Von den *üblen Zufällen nach der Operation*, die von den am gewöhnlichsten eintretenden ganz verschieden waren, und von denen einige einen unglücklichen Ausgang sehr befürchten machten, möge nur der stechenden Schmerzen Erwähnung geschehen, welche am 5. Tage in der rechten Thoraxhälfte eintraten. Ich sah derlei, ganz den rheumatischen ähnliche Schmerzen schon einmal ebenfalls nach einem Kaiserschnitte und einmal nach einer Amputation des Unterschenkels eintreten und bin geneigt, sie für jenen Zustand zu halten, den — wenn ich mich recht erinnere — irgend ein Auctor mit dem Namen *Rheumatismus traumaticus* bezeichnet.

In Rücksicht der *Behandlung* endlich nur noch eine Hindeutung auf das gleich nach der Operation verabreichte *Morphium.* M a l g a i g n e gibt das Opium nach schweren Verletzungen und eingreifenden Operationen zur Verhütung der nachfolgenden Entzündung, indem durch selbes das zur Ausbildung der letzteren nothwendige primitive, nervöse, Element unterdrückt, daher auch das consecutive, das Blutelement, und somit die Entzündung selbst hintangehalten werde. (Vergl. *L' Expérience* 1841. No. 201.) Der Erfolg in unserem Falle

spricht sehr zu Gunsten dieses Verfahrens und ein gleiches Resultat sah ich von demselben auch schon nach sehr schwierigen Zangenoperationen und Wendungen.

Beitrag zum geburtshülflichen Verfahren bei aufsitzender Placenta.

Von Dr. *Jos. Kahler*, Docenten über chir. Instrumente und Bandagen.

(Gelesen in der Versammlung der Ärzte in Prag.)

Die Wichtigkeit dieses Gegenstandes, *das geburtshülfliche Verfahren bei aufsitzender Placenta* betreffend, ist wohl ein hinreichender Grund, dass ich diesen aus den während meiner Anstellung in der hierortigen Gebäranstalt als Assistent und Secundärgeburtsarzt gemachten Erfahrungen mit Einschluss mehrerer in der Stadt beobachteten Fälle dieser Art geschöpften Beitrag der Öffentlichkeit übergebe. Obschon derselbe bereits vielseitig besprochen wurde und eine bedeutende Zahl gemachter Beobachtungen vorliegen, so scheint es mir doch nicht überflüssig zu sein, die operative Seite dieses regelwidrigen Geburtsverlaufes besonders berücksichtigend, genauer die einzelnen Fälle zu bestimmen, wann das eine oder das andere Heilverfahren seine Anzeige findet, da es, wie in der Medicin überhaupt, eben so in der Geburtshülfe keine Heilmethode gibt, die unter allen Umständen in jedem einzelnen Falle als die zweckmässigste in Anwendung gezogen werden könnte.

Abgesehen von der zur Zeit noch nicht mit Gewissheit ermittelten Ursache der verschiedenartigen Anheftung der Placenta im schwangeren Uterus, findet man in der geburtshülflichen Praxis eine geschlossene Reihenfolge von der in der Nähe des Muttermundes auch nicht immer ganz ohne Gefahr für die Mutter gelagerten Placenta bis zum vollkommenen, centralen Aufsitzen derselben, mit welchem Gradunterschiede auch die Blutung, die die alleinige Quelle der Gefahr bei Placenta praevia bildet, in der Regel im geraden Verhältnisse steht, obschon auch Fälle vorkommen, wo bei theilweisem Aufsitzen die Blutung sehr heftig, dagegen bei vollkommenem Aufsitzen mässig erscheint, was wohl nebst anderen Umständen nach der jeweiligen Individualität von der grösseren oder geringeren Gefässentwickelung im Umkreise des inneren Muttermundes abhängen mag und uns um so weniger befremdet, da selbst bei natürlicher Lösung der Placenta bei regelmässiger Lagerung im Grunde des Uterus der hierbei stattfindende Blutfluss um so verschiede-

ner ist. Eben so ist es Regel, dass bei vollkommen aufsitzender Placenta und jenen Fällen, wo dieselbe den grösseren Theil des inneren Muttermundes einnimmt, schon mit Anfang des 7ten Monats der Schwangerschaft periodische Blutungen eintreten; doch fehlt es auch hier an Ausnahmen nicht, in denen selbst bei centralem Aufsitzen die ganze Schwangerschaft, die wohl in der Regel vor dem gesetzmässigen Termine zu Ende geht, bis zum Eintritte der Geburt ungetrübt verlauft, wie ich es selbst beobachtete und von Naegele, Busch und Anderen bestätigt wird; deshalb finde ich den Schluss gewagt, dass, wenn nach der Hälfte der Schwangerschaft keine Blutungen eintreten, kein vollkommen aufsitzender Mutterkuchen und umgekehrt vorhanden sein könne, und bin der festen Überzeugung, dass die Diagnose des theilweisen oder vollkommenen Aufsitzens nur durch die mit aller Sorgfalt angestellte innere Untersuchung bei etwas eröffnetem Muttermunde sicher gestellt werden kann. Es ist nicht zu läugnen und man sollte a priori zu der Annahme berechtigt sein, dass bei der nach der Hälfte der Schwangerschaft behufs der Erweiterung der Uterushöhle beginnenden Ausdehnung des inneren Muttermundes (was bei jedem Grade des Aufsitzens und nicht, wie Viele meinen, blos bei vollkommenem Aufsitzen der Fall ist) theilweise Trennungen der Placenta und hierdurch bedingte Blutungen nothwendig eintreten müssen, allein da die Erfahrung dagegen spricht, so mag wohl ein Grund des Nichteintrittes solcher Blutungen die bedeutende Nachgiebigkeit und Dehnbarkeit der betreffenden organischen Gebilde bei der so langsam und stätig vor sich gehenden Ausdehnung des Uterus während der Schwangerschaft und besonders auch darin liegen, dass, wenn auch bei stellenweiser Trennung eine Blutung eintritt, das extravasirte Blut in demselben Augenblicke von den Nachbartheilen bei der so bedeutenden Resorptionsthätigkeit der Placenta aufgesogen wird. Ob diese Fälle nicht besonders bei Erstgebärenden, bei denen diese regelwidrige Lagerung der Placenta der Erfahrung gemäss am seltensten vorkommt, oder bei Frauen, die noch selten geboren haben, wegen festeren Verschlossenseins des äusseren Muttermundes bis nahe zum Geburtstermine, Statt finden, müssen noch weitere Beobachtungen sicherstellen.

Diese ohne Kunsthülfe in der Regel Lebensgefahr bringende Blutung zu mässigen und in dringenden Fällen, behufs der Lebenserhaltung von Mutter und Kind, gänzlich zu stillen, ist das Ziel, welches die ins Mittel tretende Kunst bei Behandlung dieses regelwidrigen Geburtsverlaufes vor Augen haben muss. Die Erfahrung lehrt in dieser Hinsicht, dass die Blutung mit dem Augenblicke steht, in welchem das untere Gebärmuttersegment und der innere Muttermund von einem natürlich ein-

getretenen oder künstlich eingeleiteten Rumpfende des Kindes ausgefüllt wird, deshalb reicht es in der Regel hin bei theilweise aufsitzender Placenta während des Verlaufes der zweiten Geburtsperiode, wo die Blutung heftiger zu werden beginnt, die Eihäute zu sprengen, das vorliegende Rumpfende einzuleiten und den ferneren Geburtsverlauf den Naturkräften zu überlassen oder, im Falle diese ohnmächtig wären, die Geburt nach allgemeinen Anzeigen zu fördern.

Ganz anders verhält sich die Sache, wo die Placenta den grössten Theil des inneren Muttermundes oder denselben vollkommen einnimmt. Bevor ich jedoch zur Betrachtung dieses Gegenstandes schreite, erlaube ich mir den besonders von der neueren Geburtshülfe constatirten Erfahrungssatz hervorzuheben, dass die Prognose für Mutter und Kind desto günstiger sei, je mehr der Geburtsarzt bei künstlichen Geburtsbeförderungen sich dem natürlichen Geburtsverlaufe anzunähern im Stande ist, je entfernter vom naturgemässen Hergange, desto mehr Gefahr, und dass er von diesem Erfahrungssatze ohne die dringendste Noth nie abweiche, wenn er als schonender Vermittler und Lebensretter seinen Berufspflichten nachkommen will. Hinsichtlich der von den Geburtsärzten fast allgemein angeklagten Wehenschwäche finde ich zu erinnern, dass die Wehen bezüglich des Geburtsverlaufes nicht schwach genannt werden können, wenn wir bedenken, dass selbe in die erste und zweite Geburtsperiode, also in das blosse Vorbereitungs-Stadium fallen, wo dieselben besonders bei Mehrgebärenden, bei denen das Aufsitzen des Mutterkuchens der Erfahrung gemäss am meisten vorkommt, bei dem natürlichsten Geburtsverlaufe schwach, fast unmerklich sind; die Geburt bleibt im Vorbereitungs - Stadium stehen, und der Tod durch Blutmangel erfolgt, bevor es zu kräftigen Gebärmuttercontractionen kommt. Sind wir im Stande diesem Blutflusse zu steuern oder wird derselbe bei kräftigen Constitutionen durch den ferneren Geburtsverlauf gemässigt, so erwachen im eigentlichen Geburts-Stadium kräftige Wehen, wie ich mich selbst zu überzeugen Gelegenheit hatte, und jene Fälle zu Genüge beweisen, wo bei vollkommen aufsitzender Placenta die Kinder ohne Kunsthülfe blos durch kräftige Gebärmuttercontractionen in der kürzesten Zeit, durch eine einzige Wehe durch den ganzen Beckencanal durchgepresst wurden, von welcher Behauptung der am Schlusse angeführte Fall hinreichenden Beweis liefert.

Die Behandlung der in Rede stehenden Regelwidrigkeit betreffend, stehen dem Geburtsarzte zur Mässigung oder gänzlichen Hebung der Gefahr- bringenden Blutung zwei Mittel zu Gebote, und zwar *die gewaltsame Entbindung und der Tampon*, Mittel, von denen eines so

wichtig ist, wie das andere, von denen eines oder das andere, oder beide vereint, nach der jeweiligen Anzeige des individuellen Falles zum Heile führt.

Das erste dieser Mittel, nämlich *die gewaltsame Entbindung* gehört der älteren Geburtshülfe an, die nur diesen einzigen Weg als Blutstillungsmittel bei Placenta praevia kannte, auf die richtige Beobachtung und Erfahrung gegründet, dass nach vollkommener Entleerung des schwangeren Uterus die Blutung aufhöre. Dieses Mittel wurde als das allein Heilbringende ohne Unterschied überall angewandt und musste daher eben so oft schaden als nützen; indem es im Vorbereitungs-Stadium der Geburt die Gebärende aus einer Lebensgefahr in die andere bringt, da alle Geburtshelfer über bei diesem operativen Eingriffe häufig Statt findende Ruptur des Mutterhalses, gänzliches Abreissen der Scheidenpartie des Uterus, Entzündung und Sphacelus derselben klagen. Deshalb soll der rationelle Geburtsarzt jedes Mittel in Anwendung bringen, keines unversucht lassen, das ohne Gefahr für Mutter und Kind jeden künstlichen Eingriff dem naturgemässen Hergange am nächsten bringt. Die neuere Geburtshülfe war darauf bedacht, diesen bedeutenden Übelständen abzuhelfen, bis es endlich Wigand gelang, den Tampon in die geburtsärztliche Praxis einzuführen und dadurch die operative Geburtshülfe mit einem grossen, unter gewissen Umständen durch kein anderes zu ersetzenden Mittel zu bereichern. Dankbar müssen wir diese Bereicherung anerkennen, obschon ich weit entfernt bin mit der Meinung mehrerer Geburtsärzte in das entgegengesetzte Extrem zu verfallen, etwa glaubend, dass durch die Einführung des Tampons in die Praxis die gewaltsame Entbindung bei Placenta praevia ganz zu verlassen sei; nein, sie können wir in diesen Fällen nicht ganz entbehren, nur muss der rationelle Geburtsarzt jedem dieser Mittel sein Recht widerfahren lassen, da, wie bereits gesagt wurde, bald das eine, bald das andere, bald beide zweckmässig vereint, zur rechten Zeit angewandt zum erwünschten Ziele führen.

Es entsteht nun die Frage, wann ist die gewaltsame Entbindung und wann der Tampon anzuwenden? Erstere findet nach meiner Überzeugung bei dieser Regelwidrigkeit nie seine rationelle Anwendung beim Geburtsbeginne und höchst selten während des Verlaufes des Vorbereitungs-Stadiums, da mir die hiermit verbundenen offenbaren oben angeführten Nachtheile zu klar vorschweben, was besonders bei noch selten Entbundenen, oder wenn eine Frühgeburt eintritt, in Anschlag zu bringen ist; hier setzt der auch nicht verstrichene Mutterhals so wie der unnachgiebige Muttermund

der eindringenden Hand, behufs der gewaltsamen Eröffnung so wie der nachfolgenden Extraction, oft bedeutende Hindernisse entgegen, so dass derselbe selbst einem geübten kräftigen Arme renitirt, und höchstens, freilich zum grössten Nachtheile für die Mutter, der beharrlich angewandten Instrumentalhülfe weicht; weniger ist dies der Fall bei bereits oft Entbundenen, so wie zu Ende des Vorbereitungs - Stadiums der Geburt, welchen Zeitpunkt der rationelle Geburtsarzt als den für den operativen Eingriff günstigsten durch jedes Mittel herbeizuführen trachten muss. Dieser Indication können wir jedoch ohne mit jedem Augenblicke steigende Gefahr für Mutter und Kind nicht Genüge leisten, ausser wir sind im Stande, die bei Placenta praevia (besonders) centralis) gleich von Anfang bedeutende Blutung temporär zu stillen. Das dieser Indication entsprechende Mittel ist *der Tampon.* — Ich kann mir den Fall nicht denken, wo eine zweckmässig angebrachte Tamponade den Blutfluss temporär zu stillen nicht im Stande wäre, um so mehr, da von einer innern Blutung bei schwangerem Uterus, besonders bei vollkommen aufsitzender Placenta, durchaus keine Rede sein kann, und da tausendfache Beweise aus der Erfahrung vorliegen, dass durch den eingetretenen Kindestheil selbst bei centralem Aufsitzen der Placenta die Blutung sogleich schweigt; warum sollte eine zweckmässige Tamponade, die in der Hand des Arztes liegt, dieselbe nicht temporär stillen können, ohne dass die Ursache der Blutung gehoben ist? Ich erinnere hierbei nur an die in der Chirurgie so häufig vorkommenden Blutungen aus schwammichten Aftergebilden, die durch einfache Tamponade temporär gestillt werden. Der Tampon darf jedoch nicht, wie es gewöhnlich angegeben wird, aus loser Charpie, oder aus einem zusammengerollten Stückchen weicher Leinwand, oder aus einem Badschwamme bestehen; ein Tampon auf diese Art angelegt kann dem Zwecke der Blutstillung freilich nicht oder nur unvollkommen entsprechen. Soll derselbe den gewünschten Erfolg haben, so muss er die Scheide, besonders den Scheidengrund vollkommen ausfüllen, aus fest geballten Charpiekugeln, oder da diese in dringenden Fällen besonders in der Privatpraxis nicht leicht zu haben ist, aus fest geballten Stücken alter Leinwand bestehen und in seiner Lage durch eine Bandage, z. B. eine Taubinde, deren senkrechter Schenkel von der Mitte der Kreutzgegend ausgehend nach Vorne über der Schambeinvereinigung an dem horizontalen Schenkel befestigt wird, fixirt werden, da im entgegengesetzten Falle in erster Hinsicht der Zweck der Blutstillung nicht realisirt wird; indem das Blut bei der sich nach und nach erweiternden Scheide, neben dem Tampone herausfliesst, in zweiter Hinsicht derselbe durch die peristaltische Bewegung und Contraction der Scheide

bei gleichzeitigem Drucke des schwangeren Uterus von oben oft mit bedeutender Kraft herausgestossen wird.

Meiner Erfahrung gemäss wird der Tampon am zweckmässigsten auf folgende Weise angelegt. Man nehme ein Stück alter, jedoch noch einigen Widerstand leistender Leinwand beiläufig von der Grösse eines gewöhnlichen Sacktuches oder ein solches selbst, bestreiche den mittlern Theil der einen Fläche behufs der leichteren Einführung in die Scheide mit einem Fett, führe nun mittelst der konisch zusammengelegten Hand bei hinreichend weiter Scheide, oder mittelst des stumpfen Endes eines in jeder Haushaltung vorräthigen Kochlöffels oder eines andern stumpfen Instrumentes bei enger Scheide, besonders bei Erstgebärenden oder beim Geburtsbeginne, dasselbe, die bestrichene Seite gegen die Vagina gekehrt, so hoch als möglich in die Geburtstheile ein, lege nun die Enden des Tuches aus einander und stopfe die Vagina innerhalb des letzteren nach und nach mit festgeballten Charpiekugeln oder Stücken alter Leinwand so aus, bis ein Theil derselben noch aus der Scheide hervorragt. Die ersteren dieser Kugeln müssen besonders in den Scheidengrund gepresst werden, um so die Scheidenpartie des Uterus und den Muttermund an die Placenta anzudrücken. Ist die Vagina vollkommen ausgefüllt, dann werden die vier Enden des Tuches über einander geschlagen und das Ganze mittelst einer Taubinde nach der oben bereits angegebenen Weise in der einmal gegebenen Lage erhalten. Die Anlegung des Tampons auf diese Art hat den Vorzug vor anderen, dass bei dem Einbringen der einzelnen Kugeln die Weichtheile weniger gezerrt werden, und derselbe, wenn die zur Operation günstigste Zeit erscheint, ohne Zeitverlust auf einmal entfernt werden kann, was unter Umständen von grosser Wichtigkeit ist. W i g a n d's Vorschlag den Tampon dick mit arabischem Gummi und Colophonium zu bestreuen, erscheint mir nicht so ungereimt, da es hier wie bei Blutungen in chirurgischen Fällen darauf ankommt, die blutenden Stellen temporär mechanisch zu verstopfen und zu hindern, dass die nachfolgende Tamponade nicht ganz mit Blut getränkt wird, was wohl bei der gewöhnlich angegebenen Anlegung des Tampons unvermeidlich ist.

Hat sich unter den oben angegebenen Umständen der Geburtsarzt mittelst des Tampons, der besonders für den am Lande prakticirenden Geburtshelfer einen unschätzbaren Werth dadurch erhält, dass er nach zweckmäsiger Anlegung desselben die Kreissende, bei der ein operativer Eingriff vor der Hand unmöglich ist, mit ruhigem Gemüthe auf längere Zeit verlassen kann, überzeugt, dass ein neuer bedeutender Blutfluss unmöglich eintreten könne, während wir in der öffentlichen Anstalt oder in der Hauptstadt prakticirenden Geburtsärzte es in der

Hinsicht leichter haben, dass wir bei drohender Gefahr jeden Augenblick herbeigeholt werden können; hat sich der Geburtsarzt der Blutung versichert, dann kann er die zur Operation günstigste Zeit abwarten, beim Eintritte kräftigerer Wehenthätigkeit in der wehenfreien Zeit den Tampon entfernen, in den eröffneten oder leicht zu eröffnenden Muttermund eingehen, nach seitlicher Lösung der Placenta, im Falle dieselbe nicht schon durch die Naturthätigkeit geschehen wäre, die Geburt mittelst der Wendung beenden, oder nach dem speciellen Falle selbst der Natur überlassen. Bei Anwendung des Tampons darf zugleich nicht unberücksichtigt bleiben, dass derselbe nebst der Blutstillung gleichzeitig als geburtsbeförderndes Mittel wirkt, wie es die neuere Geburtshülfe durch die auf die schonendste Art zu bewerkstelligende Einleitung der Frühgeburt mittelst des Tampons (siehe Schöllers Abhandlung über diesen Gegenstand) dargethan hat.

Endlich wird die Hülfe des Geburtsarztes häufig zu einer Zeit in Anspruch genommen, wo in Folge vorausgeganener Blutflüsse während der Schwangerschaft, vor oder während der Entbindung, mag die Placenta theilweise oder vollkommen aufsitzen, die Anaemie so bedeutend geworden ist, dass jeden Augenblick bei dem nächsten auch geringeren Blutverluste die Lebensflamme zu erlöschen droht, in Fällen, wo sich derselbe in der wirklich peinigenden Lage befindet, den sichern Tod bei fortdauernder Blutung ohne Operation, und den eben so sichern Tod bei einem operativen Eingriffe vor Augen zu haben, den er um so sicherer zu fürchten hat, wenn er den nach jeder schnellen Entleerung des Uterus (dies ist der Fall bei der gewaltsamen Entbindung), auch bei noch nicht weit gediehener Anaemie nachfolgenden allgemeinen Collapsus in Anschlag bringt, besonders bei dem gewaltsamen Eingriffe bei noch unvorbereiteten Geburtswegen, was wohl jeder nur etwas erfahrene Geburtsarzt zu beobachten Gelegenheit hat. — Unter diesen Umständen könnte sich gewiss nur der blosse Entbinder zur Operation entschliessen, dem nur daran liegt, den schwangern Uterus von seinem Inhalte in der kürzesten Zeit, vielleicht auch mit der geschicktesten Hand entleert zu haben, ohne die hiermit verbundenen unausbleiblichen Folgen für Mutter und Kind in Anschlag zu bringen. In diesen Fällen ist es eine wahre Indicatio vitalis jeden Tropfen Blutes zu schonen; hier kann es nur fruchtbringend sein, einige Zeit zur Erholung der Mutter zu gewinnen; denn macht man unter so bewandten Umständen die Operation, gleichviel ob die Geburtswege vorbereitet sind oder nicht, so kann man des Todes der Mutter und des Kindes versichert sein, da man den während und nach der Operation auch bei der grössten Dexterität des Geburtsarztes unvermeidlichen Blutverlust mit in Anschlag

bringen muss. Hier beurkundet sich der dem Geburtsarzte höchst nöthige praktische Tact, den Augenblick zu bestimmen, wo das Leben beider oder eines Theiles der ihm Anvertrauten durch die Operation gerettet werden kann. Dies sind die Fälle, wo nicht die gewaltsame Entbindung, sondern der Tampon das einzige, durch kein anderes zu ersetzende Mittel zur Rettung der Mutter und im besten Falle auch zu der des Kindes ist, der bei gleichzeitigem Gebrauche diätetischer und pharmaceutischer Mittel so lange in Anwendung gebracht wird, bis sich die Kräfte der Kreissenden so weit gehoben haben, dass sie mit weniger Gefahr, mit mehr Hoffnung für ihr und des Kindes Leben den operativen Eingriff zu vertragen im Stande ist.

Schliesslich kann ich nicht umhin aus 10 von mir beobachteten Fällen von Placenta praevia, unter denen 3 centrisch aufsitzende waren, einen von den letzteren seines gewiss nur durch die oben angeführte Behandlungsweise herbeigeführten, besonders günstigen Ausganges wegen hier mitzutheilen. — Er betraf eine unter misslichen Umständen lebende Schneiderin, die bereits einmal von einem lebenden Kinde natürlich entbunden wurde; zum zweiten Male schwanger, wurde selbe nach schwerer Tagesarbeit mit Anfang des 10ten Schwangerschafts-Monates, ohne dass früher auch nur die geringste Spur einer Blutung eingetreten wäre, gegen Abend von ziehenden Schmerzen, die von der Kreutzgegend ausgehend sich gegen vorne über den Unterleib verbreiteten, und gleichzeitig von einem heftigen Blutflusse befallen. Zu Bette gebracht, wurde sogleich eine Hebamme herbeigeholt, die nach angestellter innerer Untersuchung erklärte, dass, da die Geburt kaum angefangen habe, nichts zu machen sei, empfahl derselben nebst einer ruhigen Lage im Bette kalte Überschläge, nach ihrer Meinung zur Mässigung oder Stillung des Blutflusses. Die Blutung hielt im mässigen Grade die ganze Nacht an, wurde periodisch, während stärkerer Contractionen des Uterus besonders beim Wechsel der kalten Überschläge heftiger, so dass die Kreissende schon nach Mitternacht über zeitweilig neblichtes Sehen, Brechneigung und leichte Ohnmachten klagte. Diese Symptome verschlimmerten sich von Stunde zu Stunde so, dass die abermals herbeigeholte Hebamme die Hülfe eines Geburtsarztes als dringend erklärte. Nach 6 Uhr Morgens wurde ich zur Kreissenden gebeten und fand eine 33 Jahre alte Frau von mittlerer Grösse, schwachem Körperbaue, die Hautfarbe blass mit einem Stiche ins Gelbe, die Extremitäten kalt, oft wiederkehrende bedeutende Ohnmachten, aus denen sie nur durch das starke Anspritzen mit kaltem Wasser auf kurze Zeit aufschreckte, die Respiration langsam, den Puls sehr klein, fadenförmig, während der Ohnmacht nicht zu fühlen. Die äussere Unter-

suchung liess zeitweilig den Uterus etwas fester anfühlen, keinen Foetalpuls vernehmen; die innere Untersuchung ermittelte die Scheide mit vielen Klumpen geronnenen Blutes angefüllt, den Muttermund hoch nur mit der halben Hand erreichbar, etwas Mutterhals, den inneren Muttermund so weit eröffnet, dass ich die Spitze des Zeigefingers einführen konnte, dabei besonders die vordere Lippe derb, wohl wulstig, jedoch unnachgiebig, ringsum mit Mutterkuchensubstanz ausgefüllt, durch das Scheidengewölbe kein Kindstheil auszumitteln. Unter diesen Umständen entschloss ich mich, in der Überzeugung, dass jeder andere operative Eingriff desto sicherer zum Tode führen müsste, sogleich zur Anlegung des Tampons nach der früher angegebenen Art und Weise, ohne die Blutklumpen, wie es überall angegeben wird, aus der Scheide zu entfernen, was ich unter solchen Umständen für zeitraubend und unnütz halte, und siehe da! mit dem Augenblicke stand die Blutung vollkommen. Wegen der häufigen und tiefen Ohnmachten gab ich der Kreissenden eine solche Lage, dass der Kopf um ein bedeutendes tiefer zu liegen kam als der Steiss, veranstaltete häufig zu wiederholende Waschungen mit warmem Essig, legte Krenteige abwechselnd auf die Oberarme, Ober- und Unterschenkel, liess die Extremitäten mit warmen Tüchern frottiren und innerlich Elix. acid. Halleri in Mixtur und Trank jede Viertel-Stunde, Zimmttinctur kaffeelöffelweise jede Stunde und eben so oft kräftige Fleischbrühe und eine Weinsuppe den Tag über reichen. So verliess ich gegen 7 Uhr die Kreissende mit der Weisung, mich, wenn sich nur die geringste Spur von Blutung zeigen sollte, sogleich zu holen. Gegen 10 Uhr, also nach 3 Stunden, besuchte ich dieselbe, fand alle Gefahr drohende Symptome um ein Bedeutendes besser, den Tampon in seiner Lage und ganz trocken, weshalb ich mit den Mitteln fortfahren liess. Um 3 Uhr Nachmittags, als ich sie wieder besuchte, hatte sich dieselbe so erholt, dass sie bereits im Bette ohne Ohnmachtgefühl aufsitzen konnte, nur klagte sie über Kreutzschmerzen, zeitweilig wiederkehrende Wehen, und über einen Drang zum Harnlassen. Der Harn wurde um diese Zeit mittelst des Katheters entleert. Vor 6 Uhr wurde ich zur Kreissenden gebeten mit der Nachricht, dass sie es vor Schmerzen nicht mehr aushalten könne. Ich fand ziemlich häufig wiederkehrende Wehen, die die Kreissende zum Mitpressen nöthigten, der Tampon trat während jeder Wehe etwas vor, war jedoch ganz trocken, der Foetalpuls wurde in der wehenfreien Zeit links und hinten deutlich hörbar. Wegen der so günstig sich gestaltenden Umstände wollte ich mich immer noch nicht zur Operation entschliessen, bis gegen 7 Uhr die Kreissende höchst ungeduldig um Erlösung flehte. Jetzt wurde der Tampon mit einem Male während der wehenfreien

Zeit entfernt, mittelst der linken Hand bei weichem, nachgiebigem, auf Groschengrösse erweitertem Muttermunde die Placenta rechts gelöst, die Eihäute etwas höher oben eingerissen, das Kind auf einen Fuss, wie ich es aus guten Gründen in der Regel zu thun pflege, gewendet und innerhalb der kürzesten Zeit, kaum 2 Minuten, extrahirt. Es war ein ziemlich kräftiger und zu meinem grossen Vergnügen ein lebender Knabe, dem die Nachgeburt sogleich nachfolgte. Eine einzige Einspritzung von kaltem Wasser mit Essig stillte die Blutung. An der Placenta bemerkte man deutlich die Stelle, die dem Muttermunde entsprach, sie war mit dunklem, geronnenem Blute bedeckt, während die übrige Fläche die gewöhnliche Färbung hatte. Diese Stelle entsprach nicht ganz der Mitte, sondern mehr der rechten Hälfte des ovalen Mutterkuchens, der rechts weniger als links aufsass. Die Mutter erholte sich in der kürzesten Zeit bei entsprechendem, blos diätetischem Verhalten.

Mittheilungen aus der Badesaison 1843 zu Teplitz.

Von *Dr. Mich. Höring*, Stadt- und Badephysicus daselbst.

Die Krankheiten, gegen welche unsere Heilquellen in diesem Jahre mit Erfolg in Anspruch genommen wurden, und von denen ich 184 Fälle genauer beobachtete und aufzeichnete, lassen sich im Allgemeinen als *gichtische, rheumatische, impetiginöse und scrofulöse* bezeichnen, woran sich noch einige *syphilitische* und *traumatische* anreihen. — Rücksichtlich der gichtischen und rheumatischen Formen bemerken wir gleich im Voraus, dass, obwohl wir sie getrennt abhandeln, diese Unterscheidung in speciellen Fällen oft sehr schwierig ist und häufig mehr auf subjectiven Ansichten als auf allgemein haltbaren Momenten beruht, ja der Natur der Sache nach beruhen muss.

I. Die häufigste Form war die *Gicht* und zwar bei 50 Individuen als *chronische Gelenksgicht* (Schmerz, Anschwellung, Steifigkeit und Contractur), bei 20 Individuen als *anomale Gicht* (Gliederreissen, Ziehen in den Waden, Lenden und Schultern, Schwere in den Gliedern, Ameisenlaufen in den Zehen und Fingerspitzen, Schwindel, Kopfschmerz etc., bei erblicher Anlage, vorausgegangenen offenbaren Gichtanfällen u. dgl.) und bei einigen wenigen als Ursache von *Lähmungen* und *Geschwüren*. Der vierte Theil dieser Gicht-Kranken wurde geheilt, die

Hälfte davon gebessert, bei den übrigen blieb der Erfolg unbekannt, oder sie verliessen ohne Veränderung, ja selbst mit Verschlimmerung ihres Zustandes unsere Quellen. Zur Erörterung des Gesagten einige Fälle:

1. Ein 44jähriger Lohnbedienter mit gelblicher Gesichtsfarbe, der früher Soldat und Waffenschmied war, wurde im 18. Lebensjahre nach einer bei dem Gebrauche von Eisenpräparaten plötzlich aufhörenden starken Haemorrhoidalblutung von Gelenksgicht befallen, welche später, so oft er sich durch Ansteckung einen Tripper zuzog, sämmtliche Gelenke der Extremitäten unter der Form bedeutender schmerzloser Anschwellungen befiel, und seit 6 Wochen, nach abermaliger Tripperinfection, sich so verschlimmert hatte, dass der Kranke nur mit Hülfe zweier Krücken gehen konnte. Nach Beseitigung des Trippers mit Bals. copaivae schmolzen unter dem 3monatlichen Gebrauche des Stadtbades die um die Knie-, Fuss- und Handgelenke befindlichen, mitunter hühnereigrossen Ablagerungen so weit, dass der Kranke, wenn gleich noch hinkend, doch bloss mit Hülfe eines Stockes gehen konnte.

2. Ein Officier, 63 Jahre alt, gross, stark und dickleibig, litt seit 10 Jahren an öfters wiederkehrendem acuten Podagra, welches im verflossenen Jahre die Fussgelenke befiel und daselbst schmerzhafte Anschwellung um die Knöchel zurückliess; zugleich belästigte ihn ein spannendes Gefühl über die Hüften längs der äusseren und inneren Schenkelfläche (Pat. war an kalte Waschungen gewohnt und hatte auch die acuten Gichtanfälle mit kalten Umschlägen zu beschwichtigen gesucht). Nach 3maliger Anwendung des Stadtbades entstand ein 5 Tage andauernder Podagraanfall, worauf allmälig sämmtliche Erscheinungen sich verloren und der Kranke nach 4 Wochen ganz gesund, mit bedeutender Abnahme von Dickleibigkeit und mit besserer Esslust als sonst, abreiste.

3. Ein schwach gebauter, 37jähriger Landmann, dessen Mutter gichtleidend, der aber selbst stets gesund gewesen war, wurde vor 6 Wochen, wahrscheinlich in Folge von Verkühlung, von acuter Gelenksgicht befallen, von welcher um beide Fussgelenke und Fussrücken eine bedeutende, elastische, blos in der Bewegung schmerzhafte Anschwellung, und ein lähmungsartiger Zustand der abgemagerten unteren Extremitäten zurückblieb, so dass der Kranke auf einem Rollwagen geführt werden musste und im Zimmer, nur gestützt auf eine zweite Person, gehen konnte, wobei die Füsse gleichsam nachgezogen wurden. Der Puls war etwas frequenter, der erste Herzton rauh, sonst nichts Abnormes. Nachdem der Kranke einige Zeit blos Fussbäder genommen hatte, reichten 15 Sitzungen im Commun - Stadtbade hin, den Kranken völlig zu heilen, so dass er zu Fuss nach Hause reisen konnte.

4. Eine äusserst robuste, dicke, 58jährige Schustersfrau D. B. mit schwarzem Haar und bräunlicher Hautfarbe, Mutter von 10 Kindern, die stets gesund und von gesunden Ältern abstammte, kam mit allgemeiner knotiger Gelenksgicht hierher, die angeblich in Folge von Verkühlung vor 10 Jahren sich entwickelte, anfänglich blos die Gelenke der oberen Extremitäten, später aber auch die der unteren befiel. — Sämmtliche Gelenke waren schmerzhaft, überdies an Finger-, Hand-, Knie- und Fussgelenken, gichtische, haselnuss- bis hühnereigrosse, elastische Geschwülste zu bemerken, wobei die Bewegung dieser Theile sehr gehindert, die Hände und Finger nach innen und gegen die Ulnarseite contrahirt waren. — Bei 5wochentlichem Gebrauch des Commun-Stadtbades verschwand aller Schmerz, die Gichtablagerungen wurden um die Hälfte kleiner, so dass die Kranke wieder ihre Hände gebrauchen und ohne weitere Stütze gehen konnte.

II. Die Zahl der mit *Rheumatismus* Behafteten belief sich auf 36. Es waren grösstentheils blondhaarige Individuen mit feiner, weisser Haut und vorzugsweise im Alter von 20 — 30 Jahren. Verkühlung, vorausgegangene Scabies, Gonorrhoee und Typhus wurden als veranlassende Momente angegeben. Bei 17 Fällen waren die Gelenke befallen (Gelenksrheumatismus), am häufigsten die Schulter- und Hüft-, dann die Ellbogen- und Kniegelenke, am seltensten die Fuss- und Handgelenke in der Form von Schmerz, mässiger Anschwellung, mit erschwerter oder gänzlich gehinderter Bewegung, einmal als Ankylosis; — bei den übrigen 19 Fällen kam der Rheumatismus als Gliederreissen, einmal mit Neuralgia infraorbitalis, einmal im Auge, Zahnfleisch und an den Rückenmuskeln, zweimal als blosse Hautempfindlichkeit vor. Dem Gelenksrheumatismus ging mehrere Male acuter Rheumatismus voraus und in drei Fällen waren zugleich Herzklappenfehler mit consecutiver Herzhypertrophie vorhanden; 2^{mal} waren rheumatische Leiden mit Chlorosis, ebenso oft mit Lungenkatarrh, 3^{mal} mit Cephalea, 1^{mal} mit Gonorrhoee complicirt. — Geheilt wurden 10, gebessert 18, bei vieren blieb der Erfolg unbekannt, und 4 gingen ohne Veränderung ihres Zustandes von hier. — Ein 20jähriger Schneider mit scrofulösen Drüsenanschwellungen am Halse, erkrankte vor 4 Jahren in Folge von Verkühlung an einem acuten Gelenksrheumatismus. Nach längerem Krankenlager blieben Schmerzen in den Gelenken der oberen Extremitäten, namentlich im Schultergelenk, Steifheit des Nackens, so dass der Kopf nicht zur Seite bewegt werden konnte, — frequenter Puls, Klappenfehler mit Herzhypertrophie und Stuhlverhaltung zurück; überdies ein beständiges Gefühl von Kälte in der rechten unteren Extremität, vermöge dessen er im Bade zwar das Darauffliessen des heissen

Wassers, aber nicht die Wärme selbst unterscheiden konnte. — Bei mehrwochentlichem Gebrauche des Stadtbades verloren sich unter Eruption von Miliarien sämmtliche Erscheinungen an den Extremitäten und der Hals konnte besser bewegt werden.

III. *Lähmungen* kamen in den verschiedensten Abstufungen, vom Schwächegefühl bis zum gänzlichen Mangel an Bewegung und Empfindung bei 17 Individuen vor, am häufigsten im Alter von 30—40 und von 40—50 Jahren. — Das häufigste veranlassende Moment war Verkühlung, nebstdem Onanie, Luxation der Gelenke, Gicht, Apoplexie, Rückenmarkserschütterung, Bleivergiftung. — 9^mal^ waren die unteren Extremitäten gelähmt, 3^mal^ die Extremitäten der einen Seite, 2^mal^ ide Hände, ebenso oft der linke Arm und 1^mal^ der Gehörnerve (?). Die Fälle von Onanie blieben ohne Erfolg, während eine Paraplegie der unteren Extremitäten in Folge von Rückenmarkserweichung verschlimmert, eine Hemiplegie nach Gehirnapoplexie unbedeutend gebessert wurde; — bei dreien blieb der Erfolg unbekannt, alle übrigen, 8 an der Zahl, verliessen in sehr gebessertem Zustande nach einer 3—8 wochentlichen Cur unsere Quellen. Am schnellsten wurde ein günstiger Erfolg nach traumatischer Veranlassung und bei Lähmung von Verkühlung bemerkt.

1) Ein ungemein gross und stark gebauter Amtmann N. H., 59 Jahre alt, der von früher Jugend an das Baden und Waschen mit kaltem Wasser gewöhnt war, kam mit Hemiplegie der linken Seite hierher, welche vor 7 Monaten in Folge von Verkühlung bei einer Jagd im Winter plötzlich entstanden war, ohne gleichzeitige Störung des Sensoriums. — Er konnte nur mit Hülfe seines Dieners in der Ebene einige Schritte gehen, wobei er leicht ermüdete und die Extremität mehr geschleppt als gehoben wurde. Der Arm, wo die Lähmung in noch höherem Grade vorhanden war, konnte nur dann in dem Handgelenke etwas bewegt werden, wenn er im Ellbogen unterstützt wurde. Jede Anstrengung der noch vorhandenen Kraft in demselben war mit Ermüdung und mit dem Gefühle verbunden, als wenn eine Saite, vom Oberarm zu den ersten Brustwirbeln und von da längs der Halswirbel zum Hinterhaupt hingezogen, schmerzhaft gespannt würde. Das Gefühl war weder am Arme noch am Fusse gelähmt, beide Extremitäten oedematös angeschwollen; der linke Mundwinkel stand tiefer, die Zunge wich beim Vorstrecken nach links ab; alle übrigen Functionen waren normal, der Puls hart und voll. — Nach dem Gebrauche des Stadtbades im Vereine mit der Douche, wobei jedoch eine gegen 3 Wochen andauernde Onychia an der grossen Zehe der leidenden Extremität intercurrirte, verliess der Kranke nach 2 Monaten mit Besserung des

Lähmungszustandes, namentlich der unteren Extremität, unseren Curort. Er konnte den Fuss leichter heben, eine Strecke von mehreren hundert Schritten ohne Ermüdung und ohne Hülfe seines Dieners, blos gestützt auf einen Stock, gehen, und die Bewegung der Finger fing an wiederzukehren, so dass verschiedene Gegenstände damit gefasst und gehalten werden konnten.

2) Ein Töpfer von 53 Jahren, der, zeitweilige Kreutzschmerzen abgerechnet, stets gesund war, kam mit einer 3 Jahre andauernden Lähmung beider Hände hierher. Die Finger waren verhältnissmässig dikker, schwammig anzufühlen, kalt, rothblau und sahen wie erfroren aus; er konnte selbe etwas beugen, aber nicht ausstrecken, einzelne Gegenstände damit fassen und drücken, jedoch nur mit sehr geschwächter Kraft. Das Gefühl war ungestört, ausserdem nichts Abnormes. Nach 20tägigem Gebrauch des Stadtbades blieb ausser einer geringen Schwäche der Hände nichts Krankhaftes übrig.

IV. Dreizehn Individuen waren mit chronischen *Hautausschlägen* behaftet, 2 weibliche und 11 männliche (Gewerbsleute, Metallarbeiter, Tuch- und Seidenzeugmacher, Bäcker, Kaufleute und Schneider), 7 waren im Alter von 20—30 Jahren, 4 von 10—20 und 2 von 30—50 Jahren. Scrofulosis, vorausgegangene Syphilis, Scabies, erbliche Anlage, waren zum Theil als ursächliche Momente auszumitteln. — Trotz der Jahre langen Dauer wurden 6 Fälle geheilt, 6 gebessert und bei einem blieb der Erfolg unbekannt. Eine 6 Monate dauernde *pustulöse Syphilis,* welche an den Armen, namentlich im Gesichte und am Thorax dicht zusammengedrängt, mit Jodpräparaten ohne andauernden Erfolg behandelt worden war, und der vor 2 Jahren ein mit Mercur behandelter Bubo vorangegangen war, wurde im Neubad geheilt, während eine Acne syphilitica, welche, nach so eben mit Jodkali geheiltem Schankergeschwür, auf der Stirn und besonders am Rücken auftrat, in einem wegen oftmaliger Syphilis mit Mercur geschwängerten Individuum, bei dem Gebrauch des Steinbades sich allmälig verlor. In beiden Fällen, vorzüglich im ersten, erfolgte die Heilung unter eigenthümlicher, äusserst widerlich riechender Hautausdünstung.

V. *Geschwüre* kamen an Knochen und Weichgebilden 12^{mal}, und zwar 7^{mal} Caries am Schien-, Mittelhand- und Ellbogenbein, an den Rippen, dem ungenannten Bein, an den Nasenknochen, mit Anschwellung des rechten Kniegelenkes bei scrofulösen Individuen im Alter von 10—20 und von 20—30 Jahren vor, während Geschwüre der Weichtheile blos am Unterschenkel, namentlich um die Knöchel, bei 50—60- und 30—40jährigen Individuen erschienen und alle bis auf einen Fall, der nach Scabies entstand, gichtischen Ursprunges waren. Bei dem

Umstande, dass die Krankheit in der Regel mehrere Jahre andauerte, die Heilung bei Knochengeschwüren äusserst langsam erfolgt, kann der Erfolg der Cur nur ein günstiger genannt werden, wenn 3 davon, und zwar 2 Fälle mit Caries geheilt, 7 bedeutend gebessert wurden, während bei zweien der Erfolg unbekannt blieb.

1) Ein 19jähriger, starker und blühend aussehender Tischler J. D., der seit 3 Jahren wiederholt an scrofulöser Entzündung des Mittelhandknochens des linken Ringfingers litt, kam mit Caries dieses Knochens hierher. Das Mittelhandbein war aufgetrieben, schmerzhaft, an der Hohlhandfläche 2 bohnengrosse Öffnungen mit wallartigen Rändern, durch welche grünlich gelber Eiter sickerte, die 3 äusseren Finger steif, ihre Bewegung gehindert. Bei 6wöchentlichem Gebrauch des Steinbades, Einreibungen von Ung. hydrarg. cinereum mit Opium, erfolgte mit Zurücklassung geringer Knochenanschwellung gänzliche Heilung.

2) Eine 46jährige, mässig stark gebaute Schänkersfrau N. S., mit feiner weisser Haut, bleicher Gesichtsfarbe, deren Menstruen regelmässig flossen und die seit längerer Zeit gegen Witterungseinflüsse empfindlich, zeitweilig an Kopfschmerzen und Ziehen im Nacken und zwischen den Schultern litt, kam mit gichtischen Geschwüren hierher. Das rechte Fussgelenk war in seinem ganzen Umfange bedeutend, jedoch ungleichförmig angeschwollen, hart anzufühlen, am inneren Knöchel und um denselben waren mehrere gesonderte, bohnen- bis haselnussgrosse, mehr flache Geschwüre mit der Absonderung dünner, bräunlicher, scharfer Flüssigkeit, blassrother, schmerzhafter Umgebung; am äussern Knöchel Narben in Folge wiederholt geheilter und vor 8 Jahren zum ersten Mal ohne bekannte Veranlassung entstandener, ähnlicher Geschwüre. Das Gehen war dadurch sehr erschwert, gleichzeitig Schmerzen in den Gelenken der oberen Extremitäten und Zittern der rechten Hand vorhanden. Nach 3wochentlichem Gebrauche des Fürstenbades waren die Gelenksschmerzen beseitigt, die Geschwüre unter Absonderung gutartigen Eiters bis auf eines geheilt, die Gelenksanschwellung um mehr als die Hälfe kleiner, das Gehen viel leichter.

VI. *Neurosen.* Unter 10 Fällen kam 6mal Ischialgie, 1mal Gastralgie, Enteralgie, Hemicranie und Chorea vor. Das Ischiasleiden, gewöhnlich mit Haemorrhoiden verbunden, wurde blos bei Männern beobachtet und da vorzugsweise auf der rechten Seite. Wo die Ursache bekannt, wurde Verkühlung angegeben, nur bei 2 Fällen in den 50ger Jahren lag Gicht zum Grunde. Der Fall von Enteralgie, welche einen jungen Buchbinder seit 2 Jahren täglich unter der Form von Reissen im Meso- und Hypogastrio mit Stuhlverstopfung belästigte, wurde

durch's Steinbad geheilt bei gleichzeitigem Gebrauche von Bitterwasser mit Milch; der Erfolg bei dem Falle von Hemicranie und Chorea blieb unbekannt; die übrigen wurden gebessert.

VII. *Drüsenanschwellungen* kamen am Halse und unterhalb der Achselgrube, einzeln von der Grösse eines Hühnereies oder als traubenartiges Convolut vor, in einem Falle mit Geschwüren auf ihrer Oberfläche, Blepharospasmus und sulzartiger, schmerzhafter Geschwulst am Rücken der rechten Hand. 4 Individuen, sämmtlich Gewerbsleute, waren damit behaftet im Alter von 18 — 38 Jahren; bei dreien gingen scrofulöse Erscheinungen in den Kinderjahren voraus, bei einem konnte in Ermanglung einer scrofulösen Anlage nur zu wiederholten Malen vorausgegangene Syphilis (unter den verschiedensten Formen) als Ursache angesehen werden. Obgleich das Steinbad bei den übrigen scrofulösen Formen die herrlichsten Dienste leistete, so nützte es hier nichts. Zwei Fälle wurden bei gleichzeitigem Gebrauche von Jodkalium einigermassen gebessert, die zwei anderen, an Individuen von ausgezeichnet torpider Constitution, blieben auch beim Übergang zur heissen Quelle ohne Veränderung.

VIII. Erwähnenswerth sind noch 2 Fälle von *Gelenkssteifigkeit* traumatischen Ursprungs; einmal im Fussgelenke, nach vorausgegangener Fractur des Schienbeins, mit Schwäche und Gefühlsabnahme des Unterschenkels; das zweite Mal im Ellbogengelenk in Folge eines Schusses mit Schröten, ebenfalls mit Schwäche und Abmagerung der ganzen Extremität und vollkommener Lähmung des Ring- und kleinen Fingers. In beiden Fällen wurden unter dem Gebrauche des Stadtbades die Lähmungserscheinungen gehoben und die Beweglichkeit der Gelenke einigermassen hergestellt.

Ueber das Lageverhältniss des Nervus medianus zur Arteria brachialis als Beitrag zur topographischen Kenntniss der Oberarmgegend.

Von Dr. *Joseph Blažina.*

Durch die schönen Arbeiten Meckels, Tiedemanns und A. haben wir eine so vollständige Kenntniss der abnormen Ramificationen der Arteria brachialis erhalten, dass die Forschung nach neuen hierher gehörigen Anomalien zu den undankbarsten Aufgaben unserer Zeit gehören dürfte.

Weniger Sorgfalt verwendete man auf das wechselseitige Lageverhältniss der aus dem Plexus axillaris entstandenen Nervenstämme zu dem Hauptarterienstamme des Oberarmes, und erhielt demnach operative Deductionen, die nichts weniger als eine allgemeine Gültigkeit haben. Insbesondere ist dies bei dem Nervus medianus der Fall, den man als einen besonders zuverlässigen Führer bei der Aufsuchung der Arteria brachialis behufs deren Unterbindung gepriesen hatte. Abgesehen von den Unzukömmlichkeiten der Bloslegung der Arteria brachialis nach der Methode von Lisfranc, welche selbst im normalen Zustande nur am oberen Theile des mittleren Drittels des Oberarmes einige Anwendung finden dürfte, ist der Nervus medianus wegen seines verschiedenen Verhaltens zur Brachialarterie ein sehr unsicherer Leiter, und ich finde mich deshalb veranlasst die über diesen Gegenstand gemachten Beobachtungen zu veröffentlichen.

In den meisten Fällen ist zwar die allgemein angenommene Meinung richtig, dass der Nervus medianus in seinem oberen Dritttheile neben der Arteria brachialis nach aussen und vorn, in seinem unteren Dritttheile jedoch nach innen und hinten, liege; allein die Fälle sind nicht selten, wo der Nervus medianus gleich bei seinem Entstehen aus dem Plexus axillaris auf der Arterie gelagert ist, und dieselbe deckend bis über die Hälfte des mittleren Dritttheils des Oberarms verlauft, um sich allda von derselben nach rück- und einwärts zu begeben und in die Plica cubiti zu treten, wo er alsdann seine normale Lage und Verhalten zur Brachialarterie annimmt. In manchen, obgleich sehr seltenen Fällen, liegt zwar der Nervus medianus in seinem oberen Dritttheile neben der Arterie nach aussen, schlägt sich aber alsdann hinter dieselbe, so dass er etwa in dem mittleren Dritttheile des Oberarmes ganz von der Arterie bedeckt wird. In seinem unteren Dritttheile verlässt er die Arterie, um in der Plica cubiti seine normale Lage wieder zu gewinnen.

Diese Anomalien beweisen, wie ich glaube, hinreichend, dass die von Lisfranc angegebene Methode die Arteria brachialis zu suchen, ausser den von Malgaigne und Anderen angegebenen Inconvenienzen noch die mit sich führe, dass für den Fall, dass der Nervus medianus die Arteria brachialis im grössten Theile ihres Verlaufes deckt, ein Einschnitt neben dem durch die Haut fühlbaren Mediannerven viel zu weit nach innen fiele, und dass man in Fällen von Aneurysmen im Ellenbogenbuge an der gewöhnlichen Unterbindungsstelle der Brachialarterie in die Nothwendigkeit versetzt werden könne, den Nervus medianus nach aussen oder innen schieben zu müssen, bevor die völlige Bloslegung der Brachialarterie gelingt. Liegt der Mediannerve hinter der Brachialarterie, so ist das Verfahren von Lisfranc, wenn nicht gefähr-

lich, doch ganz unausführbar, weil man dann den Nervus medianus durch die Haut hindurch zu fühlen selbst bei den magersten Individuen ausser Stande ist. — So gross die Vortheile einer genauen topographischen Kenntniss des jedesmaligen Operationsfeldes sind, so müssen wir aus dem angegebenen Grunde dennoch zugeben, dass die von den Chirurgen älterer Zeit angegebenen praktischen Regeln und insbesondere für unseren Fall, die genaue Erforschung der Pulsation der Brachialarterie behufs deren Bloslegung ein besonders schätzbares und unerlässliches Hülfsmittel sei. Vorzüglich gewagt erscheint uns die Befolgung des Rathes von Lisfranc, bei pathologisch veränderten Arterienhäuten die Arterienscheide mit in die Ligatur einzuschliessen, für den Fall, dass man sich nicht vollkommen von der Lage und dem normalen Verlaufe des Nervus medianus in vorhinein überzeugt hatte. Abgesehen von der schwierigen Isolirung der Arterie von den entsprechenden Venen, wäre insbesondere da, wo der Nervus medianus hinter der Arterie läge, ein gleichzeitiges Fassen des ganzen Mediannerven oder wenigstens einiger Fasern desselben leicht möglich; ein Zufall, der gewiss immer seine grossen, wenn auch nur temporären und nicht weniger als wünschenswerthen Inconvenienzen mit sich brächte. Die von vielen französischen Chirurgen angegebene Regel, die Einführung der Ligatur stets von der inneren Seite der Brachialarterie wegen leicht möglicher Verletzung des Mediannerven zu beginnen, schien mir nie jene praktische Wichtigkeit zu verdienen, die man ihr gern vindiciren möchte. Ist die Arterie an der Unterbindungsstelle gesund, so ist es leicht, nach Spaltung der gemeinschaftlichen Gefässscheide ein zweckdienliches Instrument unter derselben hindurchzuführen, und das den Nervus medianus mit dem Hauptgefässbündel des Oberarms verbindende Zellgewebe ist immer so locker und nachgiebig, dass eine hinreichende Verschiebung des Mediannerven nach innen oder aussen gestattet ist, die ihrerseits eine jede Verletzung dieses Nerven unmöglich macht, man mag die Anlegung der Ligatur neben der Arterie nach innen oder aussen beginnen. Ungemein schwieriger würde die Isolirung der Arterie sein, wenn z. B. bei einem spontan entstandenen Aneurysma im Ellenbogenbuge, der Grad der pathologischen Anlagerung an der inneren Gefässwand so weit gediehen wäre, dass hierdurch bereits Degeneration der Elastica und chronische Entzündung der zelligen Gefässscheide mit Induration eingetreten wäre, in welchem Falle die Isolirung der Brachialarterie von ihrer nächsten Umgebung sehr mühsam würde, allein dann wäre es gewiss räthlicher die Unterbindung der Brachialarterie an einer andern Stelle vorzunehmen.

Schliesslich kann ich nicht umhin eine von Blandin ausgesprochene

Ansicht, nämlich dass die Arteriae digitales volares von keinen entsprechenden Venen begleitet werden, zu widerlegen. Ich hatte Gelegenheit mich in einem Falle, wo die arterielle Masse zufällig in die Venen überging und dieselben vollständig füllte, zu überzeugen, dass eine jede Arter. digit. volar. von zwei entsprechenden, wenn gleich sehr feinen Venen begleitet wurde, die wiederholt mit einander durch zarte Queräste anastomosiren, so dass eine jede Arterie gleichsam in einem sehr lockeren und grossmaschigen Venennetze eingehüllt liegt. An den Capitulis ossium metacarpi münden sie in das oberflächliche Dorsalnetz eines jeden Fingers. Dieses Verhalten tritt an der Arter. digit. volar. radialis des Zeigefingers und der Arter. digit volar. ulnar. des Daumens insbesondere deutlich hervor.

Ueber Monstrositäten.

Von *Franz Jos. Holub*, Stadtwundarzt und Magister der Geburtshülfe auf der k. k. Cameralherrschaft Pardubic.

„Non fingendum et excogi-
„tandum, sed inveniendum,
„quid natura ferat et faciat."
Baco de Verulam.

Im engeren und eigentlichen Sinne heissen Missgeburten (Monstra) jene Früchte, die von Menschen gezeugt und geboren sind, denen entweder zum Leben unumgänglich nothwendige Organe fehlen, oder doch wenigstens so normwidrig verbildet sind, dass sie selbständig nicht leben können und gewöhnlich bald nach der Geburt sterben.

Die meisten Eintheilungen der Missgeburten beziehen sich auf die *geringere* oder *überflüssig vorhandene Anzahl der Organe*, auf ihren *theilweisen oder völligen Mangel*, ihre *unvollkommene* oder *übermässige Entwickelung und Ausbildung*, ihre *widernatürliche Lagerung*, auf ihre von dem *normalen Zustande abweichende Structur und Textur*, und auf ihre *mehr* oder *minder abweichende Grösse und Gestalt, auf den Caliber* und dessen *Inhalt*. Am meisten zu entsprechen scheinen mir die Klassificationen von Bernt, Meckel und Breschet. Der *Erstere* theilt die Missgestalten in: *Missgeburten, Ungestaltete* und *Zwitter*, wodurch die Stufenfolge ihrer geistigen und physischen Qualitäten, sowie ihre Ansprüche auf die bürgerlichen Rechte angedeutet werden. Meckel nimmt *vier Klassen von Missgeburten* an. Nach ihm gehören in die

erste Klasse jene Missstaltungen, die in einer *verminderten*, in die *zweite* jene, die in einer *gesteigerten* Energie der organischen Kraft bestehen und woraus die quantitativen Veränderungen oder Normwidrigkeiten in Hinsicht des *Minus* et *Plus* der Organe hervorgehen. Die *dritte* Klasse begreift die Normwidrigkeiten in der *äusseren Form*, der *inneren Einrichtung oder Disposition* und in der *bezüglichen Lage* der Theile zu einander. Die *vierte* Klasse endlich, die als eine Unterabtheilung der ersten betrachtet werden könnte, umfasst diejenigen Organismen, in welchen *die Zeugungstheile nicht jenen hohen Grad von Ausbildung* erreicht haben, der zur vollkommenen Bestimmung des Geschlechtes unbedingt nothwendig ist.

Breschet nimmt, gleichfalls wie Meckel, *vier Klassen von Missgestaltungen*, jedoch noch mit Unterabtheilungen an. Nach diesem gehören in die *erste Klasse die Agenesen*, in die *zweite* die *Hypergenesen*, in die *dritte* die *Diplogenesen* und in die *vierte* die *Heterogenesen*. Zu der *ersten* Klasse gehören wieder *vier Gattungen*, und zwar: 1. die *Agenesien*, der Mangel oder die unvollkommene Entwickelung der Organe, die wieder entweder *partiell* oder *allgemein* sein kann, wohin ich daher auch die unvollkommene Entwickelung des ganzen Körpers zähle. 2. Die *Diastemasien* oder der Mangel an Vereinigung der gleichartigen Gebilde, woher die Fissuren oder Spaltungen des mittleren Theiles des Körpers entspringen. 3. *Atresien* oder *Imperforationen*, d. h. Fehler der natürlichen Öffnungen und Höhlen. 4. Die *Symphysien* oder die abnorme Vereinigung gewöhnlich getrennter Theile oder Organe, sei es nun, dass eine blosse Lageannäherung oder eine wirkliche Verschmelzung doppelter Theile zu einem einzigen Statt findet. Eine der am längsten gekannten Symphysien ist die, welche man unter dem Namen *Cyclopie, Monopsie, Rhinencephalie* begreift, und welche in der Vereinigung oder mehr oder minder innigen Verschmelzung der beiden Augen besteht, die, indem sie sich einander nähern, auf die Mittellinie zu stehen kommen. — Die *zweite Klasse* zerfällt in *zwei Gattungen*, je nachdem nämlich die *übermässige* oder *überflüssige Entwickelung* und *Ausbildung* der Organe eine *partielle oder allgemeine* ist. — Die *dritte* Klasse umfasst *zwei Gattungen*: 1. die *äusseren Verwachsungen der Organe oder des Foetus* und die *Verschmelzungen*; 2. die *inneren Penetrationen von Keimen*, die sogenannten *Inclusionen oder Implanationen*. — Die *vierte* Klasse endlich zerfällt in *drei* Unterabtheilungen, je nachdem nämlich die Organe Normwidrigkeiten in *ihrer Lagerung (Ektopien)*, in ihrer *Anzahl (Polypaedien)* oder in *ihrer* Farbe (*Leukopathien, Cyanopathien, Cirropathien)* darbieten, denen ich aber noch die der *abweichenden Tex-*

tur und des *abweichenden Inhaltes* mancher Behälter und Canäle des menschlichen Organismus hinzufüge.

Breschet hat bei dieser Klassification besonders darauf Rücksicht genommen, dass er den *Missgeburten* solche Namen gegeben, welche genau sowohl an ihre Beschaffenheit, wie an ihren Sitz hinweisen. Hierauf sind die Benennungen jeder Art von Anomalien, deren Vorhandensein die Beobachtung bestätiget hat, gegründet worden. Obgleich mehrere der von ihm gebrauchten Benennungen schon in der Wissenschaft eingeführt erscheinen, so gebührt ihm doch deshalb nicht weniger das Verdienst für die Eintheilung der *Monstrositäten* eine weit methodischere und vollständigere *Nomenclatur* geschaffen zu haben.

Auch die Missgeburten sind (wie besonders die Forscher der Neuzeit hervorgehoben) gewissen *Naturgesetzen* unterworfen, deren Kenntniss unstreitig von grosser Wichtigkeit ist und zwar nicht blos deshalb, weil sie das Feld der *Embryogenie, der allgemeinen Physiologie und Pathologie sehr* erhellen, sondern auch, weil sie uns in gewissen vorkommenden Fällen die *tauglichen Mittel und die rechten Wege* zeigen können, die man in der Praxis einschlagen muss, um z. B. entweder während der Schwangerschaft diejenigen Ursachen und zufälligen Vorgänge, welche auf die Entwickelung des Foetus schädliche Einflüsse auszuüben vermögen, abzuhalten, oder zu entfernen oder zu vermindern, oder nach der Geburt durch chirurgisches oder orthopaedisches Eingreifen die mechanischen Normwidrigkeiten und Einflüsse, welche die äusseren Organe in Rücksicht ihrer Form, Structur oder Zahl und Grösse darbieten, zu beseitigen, oder wenigstens minder auffallend zu machen.

Als die wichtigsten dieser Gesetze sind die folgenden zu betrachten:

I. Mögen die *Missstaltungen* noch so bedeutend sein, so erreichen sie doch nie einen so hohen Grad, dass sie das lebende Wesen gänzlich aus der Gattung der natürlichen, vollkommen gestalteten Individuen, zu denen es gehört, ausscheiden konnten und können. Dieses Naturgesetz, welches unstreitig in Hinsicht auf die Gesammtheit jedes lebenden Wesens seine volle Gültigkeit hat, lässt sich auch noch auf jeden Theil der normalen Ordnung in Anwendung bringen, in sofern nämlich in keinem Falle die missgebildeten Organe so bedeutende Veränderungen erleiden, dass sie ganz unkenntlich werden. — So können z. B. einestheils *ganze äussere Theile* des Körpers fehlen, oder wieder in *Überzahl* vorhanden oder in ihrer *Gestalt, Lagerung und Textur* so verändert sein, dass sie wohl das Individuum mehr oder minder verunstalten und abstossend für das Auge machen; aber es ist doch immer die Mehrzahl der Körpertheile zugegen, die von der normalen Be-

schaffenheit derselben entweder gar nicht oder nur in sehr geringem Grade abweichen; anderentheils können ebenso die *inneren Organe* sowohl in Bezug auf Zahl, als auf *Grösse, Gestalt, Lagerung, Textur und Farbe* mannigfach umwandelt, ja selbst zu *Rudimenten* geschmolzen sein, aber näher und genauer untersucht bieten sie doch noch viele Merkmale dar, die den aufmerksamen Physiologen und Anatomen nicht ohne Schwierigkeit das Grundorgan und Mehreres von dessen eigenthümlicher Beschaffenheit erkennen lassen.

II. Die gegenseitigen Lageverhältnisse der einzelnen Organe sind selbst bei den *Monstrositäten, die* von dem normalen Typus der Organisation ihrer Gattung am entferntesten stehen, doch noch nie in so hohem Grade verrückt worden, dass sich die Beziehungen der Organe zu einander gänzlich umwandelt hätten, und man sie aus ihrer Lage nicht mehr zu unterscheiden im Stande wäre. So ist z. B. die Lunge noch niemals in dem Becken, der Uterus in der Brusthöhle, das Herz oder die Leber nie in der Schädelhöhle u. s. w. vorgefunden worden.

III. Verschiedene Missstaltungen sind *gewissen Regeln* unterworfen, vermöge deren sie *Dispositionen* darbieten, die sich stets in denselben Fällen wieder erzeugen. So stehen zwei Kinder, die mit einander verwachsen sind, immer mit den gleichnamigen Oberflächen ihrer Körper mit einander in Berührung, wie z. B. Seite an Seite, Gesicht an Gesicht, Rücken an Rücken, Unterleib an Unterleib. Dasselbe Verhältniss findet auch unter einzelnen äusseren Theilen und inneren Organen Statt; so z. B. findet man immer einander entsprechende Extremitäten, die Finger, die Zehen, bei inneren Organen ebenfalls gleichartige, Leber an Leber, Niere an Niere u. s. w. an einander angewachsen und zwar so, dass immer gleichnamige und gleichartige Gegenden, Theile und Organe sich zu vereinigen streben. So macht auch Meckel die Bemerkung, dass da, wo zwei Zungen vorhanden sind, sie nie auf jeder Seite liegen, sondern stets die eine unter der anderen sich befindet. So wird eine doppelte Gallenblase nur bei doppelter Leber, ein gänzlicher Mangel der Uretheren nur beim Fehlen der Nieren angetroffen. Die mehrfachen Harnleiter münden doch gewöhnlich vereint in die Blase, als in einen anderen Behälter. Hierher gehören ferner die *Durchbohrungen der Scheidewand des Herzens, die Spaltungen der Harnröhre, der Harnblase,* unter denen die sogenannte *Inversio vesicae urinariae* in Folge des gänzlichen Mangels der vorderen Harnblasenwand, und die, ihr der Richtung nach entgegengesetzte, *Cloakenbildung* mit gleichzeitiger Spaltung des Rectums vorzüglich wichtig sind; *Spaltungen des Uterus,* des *Penis,* des *Hoden-*

sackes, gänzlicher *Mangel der Geschlechtstheile* kommt gewöhnlich bei Acephalien vor, ferner die Hasenscharte und mehrere andere Anomalien treten beständig an bestimmten Orten und unter bestimmten Formen und unter gewissen Ausschliessungen ein.

IV. Es walten unstreitig auch *gewisse Abstufungen* ob, wobei sich die unbedeutendsten Missstaltungen bis zu den am grössten hervortretenden der Reihe nach verfolgen lassen.

V. Am häufigsten sind jene *Monstrositäten*, welche die minder bedeutenden und zum Leben weniger nothwendigen äusseren und inneren Organe einnehmen.

VI. Es ist schon oft zwischen den *missgestalteten* Organen eine gewisse *Art von Ausgleichung* beobachtet worden, vermöge welcher die verkümmerte oder wuchernde, zum Theile oder ganz fehlende Ernährung in einigen Theilen mit einem entgegengesetzten Zustande in den anderen verbunden ist, was Geoffroy St. Hilaire als Gesetz des Gleichgewichtes — Loi de balancement — bezeichnet.

VII. Auch das *Gesetz der Erblichkeit* von einigen Bildungsfehlern, oder wenigstens eine gewisse *Neigung* deren hervorzubringen ist gleichfalls erwiesen, wie es z. B. an der äusseren Haut, mit den *Muttermalen, Warzen*, mit dem *übermässigen Haarwuchse*, dann an den *Fingern* und *Zehen* u. s. w. zu geschehen pflegt. Ich selbst habe eine Familie von *vier Individuen* gesehen, die alle theils *sechs Finger*, theils wieder *sechs Zehen* hatten. Die Mutter hatte *sechs* Zehen an jedem Fusse, nämlich zwei *grosse*, wovon die *zweite* nur *ein Glied* — jedoch mit einem sehr verkümmerten Nagel — hatte; gleiche Deformität trugen ihre *zwei* schon erwachsenen Töchter; ihr Bruder, der bei meinen Eltern als Dienstknecht war, hatte dagegen *sechs* Finger an jeder Hand, und zwar *zwei* Daumen, wovon auch wieder der *zweite* nur *ein* Glied mit gleichfalls verkümmertem Nagel — hatte. Diese eingliedrigen überzähligen Zehen und Finger hatten ihren selbständigen Mittelhandknochen, der bei den letzteren zur Hälfte an den normal beschaffenen Mittelhandknochen des Daumens, zur Hälfte an das vieleckige Bein der Handwurzel, und bei den Zehen zur Hälfte an den Mittelhandknochen der grossen Zehe und zur Hälfte an das erste Keilbein eingelenkt war. Sie stammen aus dem Dorfe Pilsenec. — Ähnliche Bemerkungen hat man auch in Betreff der Hasenscharte, der Hypospadie u. s. w. gemacht.

VIII. Die *Bildungsfehler* scheinen weit häufiger auf der *linken* als auf der *rechten Seite* vorzukommen. Ich kenne in Holic selbst zwei Eheweiber, die ihre linke obere Extremität bedeutend kürzer haben, als die rechte, und dies zwar schon von Geburt aus. — Die *Missstal-*

tungen, welche von einer *Ernährungswucherung* herrühren, sind nach Meckel in den oberen Partien des Körpers gewöhnlicher, als in den unteren, und jene sind es auch, welche im normalen Zustande der Sitz einer weit frühzeitigeren und beträchtlicheren Entwickelung sind; daher sind auch die zweiköpfigen Missgeburten mit einem einzigen Körper häufiger, als die Monocephalen mit zwei Körpern. — Endlich sind *Monstrositäten* des *weiblichen Geschlechtes* weit gewöhnlicher als die des *männlichen*, und zwar ist diese Thatsache nicht blos in Bezug auf die *Geschlechtsorgane*, sondern auch bei allen *übrigen Theilen* des Körpers bestätigt gefunden worden.

Beobachtungen.

I. Foetus cum foetu. (? Red.)

Am 19. April des Jahres 1840 wurde mir des Barakners Johann Stěpanek aus dem Dorfe Rowen, k. k. Cameralherrschaft Pardubic, ein Tag altes schwächliches Mädchen mit nachfolgender Deformität überbracht. In gerader und gleichlaufender Richtung mit der ganzen Rückenbreite und innigst verwachsen mit den beiden Hinterbacken und dem oberen Dritttheile der hinteren Fläche beider Oberschenkel hing ein bedeutend grosser *Sack*, der erst unter dem oberen Dritttheile des Oberschenkels frei zwischen den Füsschen bis unter die Kniekehlen reichte und den ganzen Zwischenraum zwischen den beiden Schenkeln vollkommen ausfüllte, indem er auch vorne den grössten Theil der inneren Flächen letzterer, den ganzen Damm, von dem keine Spur vorhanden war, einnahm, und oben am Fusse des sein sollenden Schamberges endete. Man bemerkte an diesem Sacke, dessen Hautfarbe der des übrigen Körpers gleich kam, und der mit halb Zoll langen blonden Haaren, gleich denen des Kopfes, dicht besetzt erschien, deutlich *fünf Flächen*, eine *hintere* mehr flache als gewölbte und grösste, eine *vordere* kleinere, stark gewölbte, dann *zwei Seitenflächen* und eine *untere* die Spitze einnehmende, ebenfalls stark convexe Fläche. An der hinteren Fläche und zwar oben und tiefer fühlte man deutlich in der Mitte das Steissbein, ein Zoll unter diesem waren nicht nur fühl- sondern auch sichtbar *zwei knorpelichte Viertelringe*, die gleich den falschen Rippen nach vorne in der hinteren Wand dieses Sackes verliefen, aber unverschiebbar an ihrem Platze hielten. Die freien Seitenflächen waren gleichfalls stark gewölbt. An der unteren Fläche befand sich ein Kupfergroschen grosses *brandiges Geschwür*, aus dem sich eine scharfe dünne Flüssigkeit entleerte. An der vorderen Fläche und zwar zwei Zoll von der grössten Convexität der unteren Fläche nach oben und zu beiden Seiten des Überganges der vorderen und unteren Fläche in die Seiten-

flächen, sah man *zwei Fingerhut grosse warzenartige Auswüchse*, die an ihrem Grunde rund, ziemlich fest, gegen die Spitze zu aber breiter, dünner und an ihrer oberen Fläche mit *einer* eine Linie *tiefen und durchsichtigen Furche* versehen waren und stumpf endigten. — Dicht an der Einpflanzungsstelle der vorderen Hautwand des Sackes am Fusse des sein sollenden Schamberges, gerade in der Mitte, befand sich der After sonst regelmässig gebildet. Zwischen diesem und den normal beschaffenen weiblichen Geschlechtstheilen, die hier zur Hälfte den Schambogen überragten, war nur eine zwei Linien dicke Scheidewand, die als Damm erschien. Die Messung dieses Sackes ergab Folgendes: der Umfang an der Basis betrug beiläufig 12 Zoll, der in der Mitte $16^2/_2$ Zoll; die Länge von dessen Ursprunge am Ende des Kreutzbeines über den ganzen Sack bis nach vorne zum After 14 Zoll, die vordere Fläche bis zum Mittelpunkte der unteren 6 Zoll, die hintere 8 Zoll, daher diese letztere um 2 Zoll länger erschien. Das Kind äusserte selbst bei dem geringsten Stiche oder grösserem Drucke an der oberen Hälfte des Sackes eine weit grössere Empfindlichkeit, als an der unteren, wo dieselbe an manchen Stellen beinahe völlig erloschen erschien. Sonst fand ich ausser einer stark blau-gelblichen Färbung an der ganzen Körperoberfläche nicht die geringste Anomalie. — Den 7. Tag darauf starb das Mädchen. Da mir diese Monstrosität zu merkwürdig vorkam, so scheute ich die Entfernung des Wohnortes dieses Kindes von dem meinigen nicht, um die Kindesleiche *anatomisch* zu untersuchen, was mir die Eltern ohne grosse Widerrede gestatteten. Es geschah dies am 27. April, 30 Stunden nach dem Tode. Vor Allem mass ich das *Monstrum* nochmals und fand solches über zwei Zoll sowohl in der Breite als in der Länge grösser. Beim Einschneiden in den Grund der *warzenartigen Auswüchse* vernahm ich ein knisterndes knirschendes Geräusch, als wenn ich ins Leder schneiden würde, doch enthielt die Structur derselben durchaus nichts Knorpelichtes, sondern schien aus lauter strahlenförmig in der Lederhaut und in dem Zellgewebe der Umgegend sich ausbreitenden Fasern zu bestehen. Nun machte ich an dem vorhandenen *Geschwür* einen 1 Zoll grossen Einschnitt, wobei $1^1/_2$ *Mass* von gelber, theils flüssiger, theils sulzartiger Flüssigkeit, der *Amnios-Flüssigkeit* ähnlich, hervorstürzte, wornach die untere Hälfte des *Sackes* sogleich zusammensank, die obere aber noch gefüllt erschien. Als ich nun den Sack bis in die Nähe der gefüllten Hälfte aufschlitzte, wurde ich gerade in der Mitte desselben einer straff ausgespannten, aus serös-fibrösem Gewebe bestehenden Haut gewahr, die beim Drucke eine Schwappung fühlen liess und in der Mitte gewölbt erschien. Beim Einstiche in diese entleerte sich etwa 1 Mass einer Flüssigkeit, die jener aus der unteren sackförmigen Abtheilung ähnlich, aber dünner war.

Nach vollständiger Eröffnung des Sackes sah ich, dass diese zweite Einsackung oben in eine stumpfe Spitze endete; diese sowie die andere waren vollkommen mit einer glatten, schlüpfrigen Schleimhaut von serös fibrösem Gewebe ohne irgend eine Fortsetzung ausgekleidet. Die oben angegebenen *Viertelringe* an dem obersten Theile der hinteren Sackwand zeigten *knorpelichte* Beschaffenheit, beiläufig im selben Zustande, wie solches bei einem viermonatlichen Foetus zu bemerken ist. Die *zweite Haut* war die *Oberhaut*, welche die Fortsetzung der allgemeinen Bedeckung war. Die *dritte* unter dieser liegende, die *Lederhaut*, erschien weit deutlicher ausgeprägt und fester, als an anderen Körpertheilen. Zwischen dieser und der Schleimhaut befand sich ein dichtes *Fett- und Zellgewebe*, welche den Wänden dieses Sackes sammt den drei Häuten eine Dicke von einem halben Zoll gaben. Alle diese Gewebe und Häute mit Ausnahme der Schleimhaut, die für sich ganz abgeschlossen erschien, konnte ich als deutliche Übergänge in dieselben Gewebe der adhärirenden Körpertheile verfolgen. Vom *Muskelgewebe* fand ich an der ganzen Monstrosität nirgends als an dem obersten Theile der hinteren Wand einzelne Fasern vor, die ich aber zu keinem der benachbarten Muskeln verfolgen konnte und die sich von oben nach unten strahlenförmig über die obere Hälfte des Sackes ausbreiteten. — Von den *Gefässen* fand ich ausser einigen kleinen Hautarterienzweigchen an der vorderen Fläche linker Seits einen Arterienzweig von der feinsten Rabenfeder, der unmittelbar aus der *Arteria cruralis* gerade an der Stelle, wo sie unter dem Poupart'schen Bande aus der Beckenhöhle heraustritt, entsprang, $^1/_2$ Zoll weit beinahe unter einem rechten Winkel nach vorne verlief und dann erst nach unten in die ganze vordere Fläche des Monstrums sich verzweigte. Einen anderen Arterienzweig verfolgte ich bis zu der *Arteria perinaei sinistra*. Die kleinen Venenzweigchen fand ich grossentheils zu einem Rabenfederstarken Zweige vereinigt unweit der Stelle in die *Vena saphena magna* gleichfalls linkerseits einmünden, wo diese in die *Crural-Vene* fällt. Rechterseits fand ich dieses trotz emsiger Untersuchung durchaus nicht. Von *Nerven* konnte ich an der vorderen Fläche mehrere Fäden bis zu dem *Cruralnerven* verfolgen; an der hinteren Fläche aber fand ich auf beiden Seiten zahlreiche sehr feine Nervenzweigchen, die ich leicht zu dem grossen *Hautnerven* (*Nervus saphenus*) verfolgen konnte. *Der Verlauf des Mastdarmes* bildete von seinem Ursprunge am After bis zur grössten Wölbung des Kreutzbeins eine fast vollkommen cirkelförmige Krümmung und war sonst normal gebildet. *Der Eingang in die Scheide* und in die *Harnröhre* verlief im Anfange ein Zoll nach unten, und dann erst gebogen etwas nach oben und innen; indem die sämmtlichen Ge-

schlechtstheile durch das Monstrum stark nach oben gegen den Unterleib verrückt waren; sonst waren diese Canäle sammt ihren Hauptorganen normal beschaffen. Die *Unterleibseingeweide* boten nichts Normwidriges dar, so auch die *Brusteingeweide* mit Ausnahme der *Scheidewand der Vorkammern des Herzens,* worin sich eine Communicationsöffnung befand, die aber mehr einer *Spalte* als einer ovalen Öffnung gleich sah, wodurch das arteriöse Blut mit dem venösen in unmittelbare Berührung und Vermischung kam und woher die blau-gelbe Hautfärbung des ganzen Körpers rühren mochte. An der Öffnung der Schädelhöhle, deren Fontanellen ich noch alle mehr oder minder offen fand, wurde ich von den Eltern des Kindes gehindert. — Aus der *Anamnese* muss ich hier noch das bemerken, dass das Kind mit dem Kopf zur Welt kam, diese Monstrosität aber, da der grösste Durchmesser derselben den des Kopfes weit überstieg, eine schwere Geburt verursachte, doch aber durch die Naturkräfte, von der Manual-Hülfe der Hebamme unterstützt, bewerkstelliget wurde. Die Mutter bemerkte nebstbei, während der ganzen Schwangerschaft viele *Beschwerden* und *Missstimmungen* ausgestanden zu haben. Die zwei knorpeligen Viertelringe konnten unstreitig hier als Rudimente der *Brustrippen* angesehen werden (?), die in der Mitte der Höhlung ausgespannte serös-fibröse Haut dürfte das die Brust- und Bauchhöhle trennende *Zwerchfell* darstellen, welche Höhlen statt der Organe nur Flüssigkeit enthielten.*)

II. Hernia umbilicalis congenita von besonderer Grösse.

Am 4. Juli des Jahres 1841 wurde mir des Häuslers Weselka 36 Stunden alter, sehr schwacher und am ganzen Körper dunkelgelb aussehender Sohn mit folgender Missstaltung überbracht. In der ganzen *Nabelgegend sah man eine bläuliche,* noch die Hülle des Nabelstranges an sich tragende *Geschwulst,* welche die Grösse des Kopfes des neugeborenen Kindes selbst noch überstieg. Der Stiel derselben war dünner als die Ausbauchung, mass im Umfange 12 Zoll, die Ausbauchung hingegen betrug an ihrem grössten Umfange 15 *Zoll* und 10 *Linien.* Die ganze Geschwulst fühlte sich elastisch an, leistete aber beim angewandten Drucke einen bedeutenden Widerstand. Beim tieferen und länger andauernden Drucke fühlte ich deutlich das *Pulsiren der Arterien.* In den unteren Extremitäten, die marmorkalt und blau gefärbt waren, schien die *Circulation* gänzlich gehemmt zu sein; das *Athemholen* ging mühsam vor sich. — Der Aussage der geprüften Hebamme nach kam

*) Es ist zu bedauern, dass der Hr. Verf. nicht die Rückenmarkshöhle untersucht hatte. Red.

dieses Kind mit den Füssen zur Welt und die Geburt selbst wäre bei der schon mehrmals glücklich gebärenden Mutter ziemlich schwer vor sich gegangen. Seit den 36 Stunden kam noch *kein Meconium* zum Vorschein, obgleich sich der Mastdarm bei der Untersuchung als vollkommen normal erwies. Die Mutter hatte ohngefähr in ihrem 8ten Schwangerschaftsmonate einen starken Fall auf den schwangeren Uterus gethan. — Am Abende desselben Tages starb das Kind; am folgenden 5. Juli, 20 Stunden nach dem Tode, machte ich die *pathologisch-anatomische Untersuchung*. Ich verfuhr dabei wie bei einer Bruchoperation an Lebenden, um auf diese Art alle in dem grossen Bruchsacke befindlichen Eingeweide unversehrt und deutlich wahrnehmen zu können. Nachdem es mir, jedoch mit grosser Mühe, gelungen war, die allgemeine Decke sammt dem Bauchfelle loszupräpariren, kam eine, theils dunkelrothe, theils wieder mehr oder minder blaue, unebene Fläche zum Vorschein, welche von dem Netze und einer Menge von Darmwindungen, die an einander ziemlich fest verwachsen waren, gebildet war. Ich konnte den ersten Augenblick aus dem Convolute der vorgefallenen Unterleibsorgane nicht die eigentlichen Partien der Gedärme herausfinden. Am leichtesten zu erkennen war noch in dem rechten oberen Winkel des eröffneten Bruchsackes ein 1 Zoll langer und 3 Zoll breiter Streifen der Leber, der sich durch seine dunkelgelbbraune und ins Bläuliche spielende Farbe auszeichnete und unter dem sich die noch offene und etwas schwarzes Blut ergiessende Nabelvene verlor. Nachdem ich diese unterbunden und den sichtbaren Leberlappen etwas nach rechts zurückgeschoben hatte, kam mir das Cardialende des Magens sammt einem Theile des grossen Bogens, etwas dunkler gefärbt, als im normalen Zustande, und gleich dahinter ein Kupfergroschen grosses Stück der dunkelblau marmorirten Milz, — zu Gesichte. Erst nachdem ich Netz und Gekröse mit der Cooperschen Scheere vorsichtig entfernt hatte, entdeckte ich die rechte Biegung des Grimmdarmes nebst mehreren Windungen des Krumm- und Zwölffingerdarmes. Um nun die innere Beschaffenheit der einzelnen in dem Bruchsacke befindlichen Organe näher zu untersuchen, schlitzte ich längs der weissen Bauchlinie die Bauchwand bis zum Zwerchfell auf; und verfolgte hierauf zuerst die mit schwarzem Blute überfüllte Nabelvene, die noch nach ihrem ganzen Umfange offen stand, bis zu der Stelle, wo sie in den linken Ast der Pfortader übergeht, und sich schon zu verengern anfing. Der *Ductus venosus Arantii* war gleichfalls noch vollkommen durchgängig und nur an der Stelle, wo er in die aufsteigende Hohlvene, die gleichfalls von Blut strotzte, mündet, etwas verengert. Die *Leber* war verhältnissmässig sehr gross und

strotzte ebenfalls von dunkelschwarzem, mit Galle gesättigtem Blute. Die *Gallenblase* war strotzend voll; ihr Ausführungsgang in den Zwölffingerdarm war vollkommen *obliterirt.* Der *Magen* bot ausser der mehr dunkelrothen Färbung nichts Normwidriges dar. Der *Grimmdarm* war in seiner rechten knieförmigen Beugung grossentheils obliterirt; ich war durchaus nicht im Stande, durch die zurückgebliebene kleine Öffnung nur die Spitze meines kleinen Fingers durchzubringen. Auch der *Krummdarm* war an mehreren Stellen, und zwar meistens an den Windungen, die in dem Bruchsacke eingezwängt waren, völlig obliterirt. Wo ich in den Darm zwischen den Obliterationen einschnitt, kam mehr oder minder *Meconium*, von Gas begleitet, zum Vorschein. Das *quere Stück des Grimmdarms* war nur etwas verengert, sonst aber vollkommen durchgängig. Vollkommen normal beschaffen war das *absteigende Stück des Grimmdarms oder Mastdarms* und der ganze übrige *Krummdarm*, soweit er sich nicht in dem Nabel- Bruchsacke befand. Die *Gekröse* waren sehr stark, mit venösem Blute überfüllt; auch die *Nieren* erschienen blutreicher. Die *Blase* war mit Urin angefüllt. Sonst fand ich in der Unterleibshöhle nichts Normwidriges vor. Eine weitere Untersuchung wurde mir von den Eltern nicht gestattet.

III. Merkwürdige Verschiebung der Knochen der ganzen linken Kopfhälfte bei einem neugeborenen Kinde.

Am 17. Februar des Jahres 1842 brachte mir der Häusler Hlawaček aus dem Dorfe Wellin, gleichnamiger Herrschaft, seinen 7 Wochen alten Sohn, dessen ganze linke Kopfseite um *einen* Zoll *zwei* Linien höher stand, als die rechte. Insbesondere war es der höhere Stand des einen Auges, Ohres und Oberkiefers, was diese Missstaltung so abstossend machte. Um den genauen Abstand der beiden Hälften des Hauptes angeben zu können, zog ich mir bei gerader Stellung des Kopfes und Körpers — vor Allem eine *senkrechte* vom Scheitel des Kopfes durch die Gesichtsmitte gegen den Ausschnitt des Brustbeines *laufende Linie*, *dann* 2 *andere lothrechte Linien* aus den Unterkiefergelenken herab, und kreutzte diese unter rechten Winkeln mittelst 4 gerader *Quer-Linien*, von denen die 1te von dem rechten Stirnhügel, die 2te vom rechten oberen Augenhöhlenrande, die 3te aus der rechten Unterkiefergelenksverbindung, und die 4te aus der rechten seitlichen lothrechten Linie durch die Spitze des Kindes verlief. Die 1te gerade quer vom Stirnhügel rechterseits verlaufende Linie fiel gerade auf den oberen linken Augenhöhlenrand, der Abstand bis zu dem linken Stirnhügel ergab somit eine Abweichung von 4 Zoll 7 Linien;

die 2te quere Linie vom rechten oberen Augenhöhlenrande fiel auf den linken unteren Augenhöhlenrand, die Abweichung mass $12^1/_2$ Linie; die 3te aus der rechten Unterkiefergelenksverbindung fiel gerade in den stumpfen Winkel des linken Unterkiefers und der Abstand betrug 10 Linien; die Abweichung der 4ten queren Linie betrug nur 6 Linien. Die Nase erschien von der mittleren senkrechten Linie vom Nasengrunde bis zur Nasenspitze 4 Linien nach links verrückt. Sonst bemerkte ich ausser einem hydrocephalisch vergrösserten Kopfe und ausser den schon vollkommen verknöcherten Fontanellen, mit Ausnahme der viereckigen, die zum Theile noch offen stand, an dem ganzen Kindeskörper durchaus nichts Normwidriges. Das Kind sah übrigens wohlgenährt aus. — In Betreff der Anamnese erfuhr ich theils von den Eltern, theils von der geprüften Hebamme, dass die Geburt dieses Kindes sehr schwer gewesen und erst 36 Stunden nach dem Abgange der Wässer, jedoch bei blosser Manual-Hülfe erfolgt sei. Die Mutter wusste sich durchaus keines Zufalles zu erinnern, der sie während der Schwangerschaft getroffen hätte. Den 19. Juni dieses Jahres starb dieses Kind an der *Hirnhöhlenwassersucht*. Mehrere lebensgefährliche Kranke, die ich zu dieser Zeit gerade zu behandeln hatte, hinderten mich die *pathologisch-anatomische* Untersuchung dieser merkwürdigen Missstaltung vorzunehmen, so gern ich dies trotz der Entfernung dieses Dorfes von meinem Wohnorte gethan haben würde.

IV. Merkwürdige Verwachsung von Zwillingen.

Den 27. März, gerade am Ostersonntage des Jahres 1842 und zwar Mittags, wurde ich eilends zu der schwer gebärenden A. Starek, Schneidermeisters-Gattin aus Holitz, gerufen. Ich fand eine 35 Jahre alte Person von cholerischem Temperamente, mittlerer aber ziemlich starker Körperconstitution; sie hatte bereits *sechsmal* jedesmal leicht und schnell geboren und zwar immer nur *ein* Kind; von diesen starben fünf und nur ein Knabe lebt. Im Juli vorigen Jahres fühlte sie sich abermals schwanger und hatte ihrer Aussage gemäss noch in keiner ihrer vorhergehenden Schwangerschaften so viele *Ungemächlichkeiten und Beschwerden*, so viele mannigfache *Miss- und Verstimmungen, trübe und schreckende Ahnungen* ausgestanden, wie während dieser sonst ganz regelmässig verlaufenden. Besonders hatte sie der sehr bedeutende Körperumfang sehr geängstigt. — Am oben bezeichneten Tage Morgens fühlte sie die ersten gleich sehr stürmischen Wehen. In Gegenwart der alsbald herbeigerufenen Hebamme gingen ohne irgend eine Hülfe die Wässer ab, wobei angeblich 4 Füsse zugleich vorgefallen und augenblicklich bis zu den Oberschenkeln zum Vorschein gekommen sein sollten. Die

doppelte Nabelschnur soll noch immer pulsirt haben, daher die Zwillinge auch gelebt haben mussten. Die vielfachen, trotz den andauernden stürmischen Wehen angestellten Versuche der Hebamme, die Füsse zurückzubringen, um eines von diesen Kindern zu entwickeln, blieben fruchtlos. Als ich nach 12 Uhr Mittags gerufen wurde, fand ich alle vier Füsschen dunkelblau und bis zu den Oberschenkeln aus den Geschlechtstheilen vorhängend und zwar die Füsschen des unterliegenden Zwillingskindes mit den Zehen gerade nach oben, die des oberhalb liegenden schief nach unten und links gerichtet, die Kinder waren bereits todt und die Kreissende sehr erschöpft. Nach der Aussage der Hebamme pulsirten die beiden Nabelschnüre schon über zwei Stunden nicht mehr. Ich stellte vorerst eine äussere Untersuchung an und fand beide Köpfe hoch oben so fest eingekeilt, dass es mir nicht gelingen wollte, den oben liegenden merklich zu verrücken. Die Untersuchung *per vaginam*, soweit diese gelang, zeigte mir nebst der obigen Einkeilung auch noch eine andere — der beiden Hinterbacken am inneren Muttermunde, — zu deren Hebung ich grosse Kraftanwendung benöthigte. Nun versuchte ich die Füsschen eines jeden zurückzubringen, um dann ein Kind nach dem andern zu entwickeln. Das Erstere gelang mir jetzt zwar schnell und vollkommen, das Letztere spottete meiner Versuche. Ich, versuchte die Wendung eines wie des anderen Kindes, und da auch diese nicht von dem mindesten guten Erfolge begleitet war, indem die beiden Köpfe gänzlich unbeweglich an ihrer früheren Stelle lagen, nahm ich, nachdem ich die jedesmal von selbst vorfallenden Füsse vollkommen zurückgebracht hatte, meine Zuflucht zur Geburtszange, die ich an dem Becken eines jeden Kindes zweimal anlegte; aber auch dadurch kam ich nicht im Geringsten zum erwünschten Ziele. Nachdem alle diese mit der grössten Schonung in Anwendung gebrachten Manual- und Instrumental-Verfahren nutzlos erschienen waren, stellte ich noch einmal so genau als nur möglich die innere Manual-Untersuchung an, ehe ich zu einem anderen eingreifenderen Verfahren, um wenigstens, da die Kinder schon mehrere Stunden todt waren, die Mutter zu retten, meine letzte Zuflucht nahm. Dieser letzte Versuch wurde endlich von dem erwünschten Erfolge gekrönt; denn ich fand zu meinem Erstaunen die Zwillinge am Unterleibe, mehr an der rechten Bauchfläche, innigst verwachsen. Unter diesen Umständen schien ohne die für mich schaudervolle *Zerstückelung der Zwillinge* oder ohne den *Kaiserschnitt*, der die bereits im höchsten Grade geschwächte Kreissende in unmittelbare Lebensgefahr versetzen musste, an eine vollkommene Entwickelung durchaus nicht zu denken. Da ich jedoch zu diesen zwei letzten Operationsverfahren noch nicht greifen wollte: so schlug ich vorerst

noch folgendes Verfahren ein: ich umwickelte mir das Knopfbistouri an der Spitze mit einem Heftpflasterstreifchen, ging dann mit den Fingern der linken Hand, die mir als Leiter diente, zwischen den beiden Leibern bis zur höchsten Stelle der Verwachsung rechter Seite (d. i. nach dem Körper der Kranken gerichtet) ein, schob den Zeigefinger über dieselbe und ging nun ebenso vorsichtig mit dem Bistouri — mehr an die Kindesleichen mich haltend — bis zu meinem linken Zeigefinger, und trennte nun unter kleinen mühevoll von oben nach unten geführten sägeartigen Zügen in zwei Minuten die Zwillinge aus einander. Nachdem ich das Bistouri zur Seite gelegt und mich schnell von der vollkommenen Lostrennung derselben überzeugt hatte, trachtete ich mit aller nur möglichsten Kraftanwendung die Zwillinge aus einander zu schieben, was mir auch zum Theile gelang, indem der Kopf des oberliegenden nach rechts wich. Nun versuchte ich dieses eine Kind an den Füssen ganz zu entwickeln, nachem ich durch 2 Dosen von *Secale* corn. zu 6 Gran p. d. *neue Wehen hervorgerufen hatte.* Doch auch diesmal blieb meine Mühe umsonst. Ohne langes Besinnen nahm ich nun zu dem *stumpfen* beölten *Haken* meine Zuflucht, legte solchen an die rechte Schulter des oben liegenden Zwillingskindes an, und noch vor *zehn* Minuten waren auf diese Art nicht nur die beiden Zwillingsmädchen — ausser der Trennungsfläche ganz unbeschädigt — zur Welt gefördert, sondern auch die Nachgeburt entfernt, ohne dass nur der geringste Riss am Damme oder an den Geschlechtstheilen entstanden und irgend ein betrübender Krankheitszufall eingetreten wäre. Die *Schafhaut* war enorm gross, so auch der vorgefundene einfache *Mutterkuchen.* Jeder Fuss der Zwillinge folgte einer *anderen Richtung,* wahrscheinlich derjenigen, die ein jeder im Mutterleibe eingenommen hatte.

Den 28. *März um* 10 *Uhr Vormittags,* also 21 Stunden nach der Geburt, nahm ich die *pathologisch - anatomische Untersuchung* dieser Zwillingsmädchen vor und fand Folgendes:

1. Die Zwillinge trugen alle Merkmale der Reife an sich, sahen wohlgenährt und ausser etwas flachgedrückter Nase übrigens wohlgestaltet und wahrhaft gross aus. 2. An den beiden rechten Wangen in gleicher Richtung mit den Nasen waren deutlich ausgeprägte *Naseneindrücke.* 3. Zwei Finger ober dem Nabel und vier unter demselben, zwei zur linken und fünf zur rechten Seite des *unterliegenden*, zwei Finger zur rechten Seite und fünf zur linken Seite des *oben liegenden Zwillingskindes* fand ich *deutliche Spuren der vorhanden gewesenen Verwachsung*; sie ging nicht nur durch die allgemeine Bedeckung, sondern umfasste auch das *Zell-, Fett- und die Hälfte des Muskelgewebes* dieser Fläche in sich, indem sie sich bis zur vorderen *Platte der Scheide des*

geraden Bauchmuskels erstreckte; sie hatten daher nur noch einen Theil des Muskelgewebes und das Bauchfell als gemeinschaftliche Scheidewand. 4. Die *Bauchmuskeln,* welche an der Verwachsung nicht Theil nahmen, trennten sich vor der Verwachsung zu beiden Seiten, verliefen um diese und vereinigten sich unterhalb derselben wieder, wobei zu bemerken, dass dieser unregelmässige *Muskelring* bedeutend stärker erschien. 5. Die *Nabelschnüre* erschienen ungefähr ein Zoll vor der Verwachsung linkerseits (des unterliegenden Kindes) nur in ihrer allgemeinen Scheidewand *innig vereinigt;* doch hatte jede ihre Gefässe, die sich an der Stelle des Nabels in ihrer inneren Hülle in die Bauchhöhle eines jeden Zwillings separat einsenkten. 6. Die *inneren Baucheingeweide* boten ausser einem grösseren Blutreichthume durchaus nicht die mindeste *Anomalie* dar. 7. Die *Brusteingeweide* waren ausser Blutüberfüllung der grossen Gefässe sämmtlich *normal* beschaffen; die *Schädelhöhle* wurde von mir nicht eröffnet. Hieraus lassen sich nachstehende Folgerungen ziehen: 1. Dass die Verwachsung auf der rechten Bauchseite des unterliegenden Zwillingsmädchens und auf der linken des oben gelagerten eine grössere Fläche eingenommen hat, als auf den entgegengesetzten, kann man wahrscheinlichst der *Einpflanzung der Nabelschnüre* auf dieser letzteren Seite zuschreiben. 2. Die grossen *Beschwerden,* die vielen und mannigfachen *Miss-* und *Verstimmungen,* die *traurigen und schreckenden Ahnungen* dieser Person während ihrer ganzen Schwangerschaft wurden wahrscheinlichst durch die zu grosse *Ausdehnung des Unterleibes* und durch den verhältnissmässig *bedeutenden Druck des schwangeren Uterus* nicht nur auf sämmtliche *Organe des Unterleibes,* sondern auch auf jene der *Brusthöhle,* dann auf die grossen *Gefäss- und Nervenstämme und Geflechte* hervorgebracht. — Oder sollten diese so mannigfachen *physiologischen Erscheinungen* während der Schwangerschaft auf eine *Missstaltung* dieser oder ähnlicher Art hinweisen, da dies bei regelmässigen Zuständen selbst der Zwillinge und Drillinge noch nicht beobachtet worden ist. — Es wäre dies ein wahrhaft reicher Fund für die Physiologie, wenn sich dies zu jeder Zeit, oder wenigstens in der Mehrzahl solcher Fälle bestätigen würde. Leider kommen die Monstrositäten dieser Art äusserst selten vor; jedenfalls ist die Aufnahme einer *ausführlichen Anamnesis* einer jeden solchen Schwangeren von der grössten Wichtigkeit und verdient daher eine besondere Beachtung der Geburtshelfer. Die meiste Aufklärung und Aufhellung über diesen Gegenstand können unstreitig die geburtshülflichen Kliniken verschaffen. 3. In *gerichtlich-medicinischer Hinsicht* lässt sich aus dem Obigen ohne allen Zweifel annehmen, dass diese *zusammengewachsenen Zwillingsmädchen lebens-*

fähig waren, auch wohl ein höheres Leben hätten erreichen können; das aber wegen ihrer zu innigen Verwachsung offenbar sehr beschwerlich gewesen sein würde. Der *zu frühe Tod* dieser Zwillinge im Mutterleibe trat offenbar durch *Blutschlagfluss* in Folge der zu grossen *Einkeilung der Köpfe* ein, hervorgebracht eines Theils durch die nutzlosen Versuche der Hebamme, anderen Theils durch die stürmischen Wehen nach Abgang der Wässer. — Auf gleiche Art zusammengewachsene Zwillinge gebar in einem ungarischen Dorfe im vorigen Jahre eine Bauersfrau Namens N e m e t h i.

V. *Angeborene Verrenkung mehrerer Rippen.*

Den 29. August 1843 wurde mir des Häuslers M. Kment aus Holitz, eine Woche alte Tochter zur Behandlung überbracht. Nachdem das Mädchen ganz entkleidet wurde, sprang die *Missbildung auf der linken Brustseite in Gestalt von vier stumpfspitzigen Höckern* sogleich auffallend ins Gesicht. Bei der näheren Untersuchung überzeugte ich mich vollends von der *vollkommenen Ausrenkung der vier letzten wahren Rippen unmittelbar aus dem Brustbeine.* Die vorderen Flächen dieser vier Rippen waren, soweit die Knorpeln reichten, statt sanft convex, stark *concav.* Beim Drucke mit den Fingern auf die hervorragenden ausgerenkten Rippenknorpelenden wichen diese sogleich bis zu ihrer normalen Lage zurück. Das Athmen war auf dieser Seite etwas beschwerlich, sonst war das Kind vollkommen ausgebildet, wohlgenährt und wohlgestaltet. — Die Mutter des Kindes soll während der Dauer ihrer Schwangerschaft öfters auf den schwangeren Uterus gefallen und sich auch oft angestossen haben. Ich liess dem Kinde ein elastisches Schnürleibchen der Art verfertigen, dass eine weiche, dabei aber doch feste elastische Pelotte an die verrenkten Knorpelenden und eine gleich beschaffene Auspolsterung an die grösste Wölbung der linken Brustseite zu liegen kam, wodurch an der ersten Stelle die verrenkten Knorpelenden sanft nach innen, an der zweiten Stelle aber die Wölbung der verrenkten Rippen etwas nach innen, mehr aber nach vorne gedrückt wurden. Durch die letztere Vorrichtung wollte ich die Ausgleichung der Concavität der Knorpelenden dieser Rippen, wenn nicht gänzlich, so doch grösstentheils erzwecken. Eine unterstützende Wirkung gegen die regelwidrige Aushöhlung erwartete ich auch von der allmäligen Entwickelung der Brusteingeweide dieser Brusthälfte. Nebstbei trug ich der Mutter des Kindes auf, besondere Sorgfalt darauf zu verwenden, dass das kleine Mädchen mehr auf der kranken Seite liege, als auf der anderen. In den Weihnachtsfeiertagen

v. J. sah ich das Mädchen zum fünftenmale. Ich fand mich in meiner Erwartung durchaus nicht getäuscht, denn von den erhabenen Höckern waren nur unbedeutende Spuren zurückgeblieben, selbst die Concavität der Knorpelenden hatte sich theils durch ausgeübten anhaltenden Druck an die linke, am meisten convexe Rippenwand, theils durch die an Umfang zunehmenden Brusteingeweide dieser Seite beinahe bis zu einer geraden Fläche ausgeglichen, und ohne Zweifel werden auch diese unbedeutenden Spuren bei der Zartheit und Nachgiebigkeit der Rippenknorpel gänzlich verschwinden. Hieraus lassen sich folgende Schlüsse ziehen: 1) Diese *Missstaltung* ist wahrscheinlich in den *späteren Entwickelungsperioden* und zwar gegen die Mitte der Schwangerschaft durch irgend eine von aussen einwirkende zufällige Ursache entstanden, und wurde vielleicht durch eine fehlerhafte Lage des Kindes in dem Mutterleibe bis zu dieser Höhe gesteigert. 2) Die verhältnissmässig *schnelle und bedeutende Besserung dieser Deformität* nach dem ins Werk gesetzten *chirurgisch-orthopaedischen* Verfahren ist nur der grossen Zartheit und Weichheit der Rippenknorpelenden in diesem Alter zuzurechnen. 3) An diese Punkte lässt sich in *gerichtlich-medicinischer Hinsicht* anreihen, dass dieses verunstaltete Kind zwar *vollkommen lebensfähig* war, aber ohne jene ärztliche Hülfe sich selbst überlassen, offenbar noch grösseren Athmungsbeschwerden und somit mehreren Krankheiten der Brustorgane dieser Seite ausgesetzt sein würde, die es doch vor der Zeit hätten aufreiben können.

VI. Angeborenes Fehlen beider Hände im Handwurzelgelenke.

Den 28. Jäner 1844 wurde ich von einer Ausgedingerin, Namens Wohralik aus dem Dorfe Beischt, wegen der completen Lähmung ihrer unteren Extremitäten um Hülfe angesprochen, bei welcher Gelegenheit ich an ihrer 28 Jahre alten, kräftigen, ledigen, sonst ganz gesunden Tochter folgende merkwürdige angeborene *Missstaltung* zu beobachten hatte. Ihr fehlten beide Hände und zwar im Handwurzelgelenke vollends; die Handwurzelknochen waren auf diesen beiden Extremitäten sämmtlich vorhanden, über sie hinaus befanden sich vier, $\frac{1}{2}$ Zoll lange, vollkommen gleiche Mittelhandknochen-Stumpfe, deutlich durch Furchen bezeichnet. An jedem dieser separirten Mittelhandknochen-Stumpfe, die ich aber eher für Andeutungen der Finger als für die Mittelhandknochen selbst halten würde, befanden sich deutliche Spuren von Nägeln. — Sehr merkwürdig schien mir, dass die kurzen, jedoch durch die Zwischenknochenhaut verbundenen Finger-Rudimente im Handwurzelgelenke vollkommen beweglich und auch wie die ersten Fingerglieder gebeugt werden konnten; noch mehr

aber die schnelle und doch genaue Verrichtung aller nur möglichen Hausarbeiten, die das Mädchen zum wahren Erstaunen aller Anwesenden zu Stande bringt. Beim Essen hält sie mit den kurzen beweglichen Stumpf-Fingern den Esslöffel recht bequem. — Was die *Anamnesis* betrifft, so wusste sich die Mutter ausser einem Falle von einer bedeutenden Höhe in der Scheuer im dritten Monat ihrer Schwangerschaft, nach dem sie mehrere Minuten bewusstlos liegen geblieben war, keiner anderen Ursache zu besinnen. Diesen Fall, so wie den damit verbundenen bedeutenden Schrecken und die Erschütterung des ganzen Körpers in den ersten Entwickelungsperioden, wobei eine Hemmung im Wachsthume eintrat, halte ich für die eigentlichen Ursachen dieser Missbildung; denn die Mutter hatte 14 Kinder, die theils gestorben, theils am Leben sich befinden, und die durchaus nicht den geringsten Bildungsfehler — mit Ausnahme dieser einzigen Tochter — an sich trugen; auch ihre Gross- und Urgrosseltern sollen mit keiner Abnormität des Körpers behaftet gewesen sein.

Hier will ich nur noch einige mir vorgekommene und durch Operation entfernte *Abnormitäten der Oberhaut*, des *Zellgewebes*, des *Fettgewebes* derselben, der *Haare* und dann mehrere *angeborene Adhaesionen* kurz anführen.

1. Fall. Den 21. November d. J. 1840 bat mich der 17 Jahre alte robuste Kürschnergesell J. Schegbal aus Alt-Holitz, ihm ein *Gewächs am Halse* auszuschneiden, mit dem er, der Aussage der Mutter gemäss, deren Hals mit mehreren derartigen Gewächsen besetzt war, ob zwar nicht so gross, schon von seiner Geburt an behaftet gewesen wäre. Am obigen Tage hatte es die Grösse eines *mittelgrossen Hühnereies* erreicht, war unter dem linken Unterkiefer-Winkel gelegen, fühlte sich zwar weich, aber dabei doch derb, dem Finger Widerstand leistend an, liess sich sammt der erschlafften Haut und dem Zellgewebe etwas von der Stelle verrücken, beim tieferen und anhaltenden Fingerdrucke fühlte ich eine deutliche *Pulsation.* Ich diagnosticirte ein *Atheroma an die Karotis angewachsen*, und hatte mich nach Loslösung dieses Gewächses an seiner Oberfläche sowohl hinsichtlich des *Inhaltes*, als auch der *Adhaerirung* nicht getäuscht; denn die ganze untere Fläche desselben war zwar locker, aber unmittelbar an die *Karotis sinistra angewachsen*, deren Loslösung ich grösstentheils mit den Fingern bewerkstelligte; auch hinsichtlich des *Inhaltes* war meine Diagnosis bestätiget, denn der aus zwei Häuten, einer *äusseren* fibrösen, festen, und aus einer *inneren* serösen, secernirenden, bestehende Sack enthielt eine griesartige, aus unzähligen, zwischen den Fingern deutlich fühlbaren, perlmutterartig-glänzenden Körnern und Blättchen bestehende Masse; an mehreren Stellen der Schleimhaut (?) fand ich selbst

mit blossem Auge dichte Gruppen von sehr kleinen Körnern, die sich durch das Vergrösserungsglas auch als solche erwiesen. — Ich fand durchaus keine unmittelbare Verbindung dieses Sackes mit der äusseren Haut; auch in *zehn* anderen, von mir durch die Operation entfernten, jedoch nicht angeborenen Gewächsen dieser Art fand ich dieses nicht. Den 14. Tag nach der Operation war die Halswunde per *primam intentionem* vollkommen zugeheilt.

2. Ein *Lipoma cysticum,* das bei einem 38 Jahre alten, ziemlich robusten Manne von mittlerer Körperstatur aus dem Städtchen Holitz, unmittelbar am Scheitel auf das innigste mit der *äusseren Haut* und dem *Periosteum* verwachsen und unbehaart war, hatte ich am 9. März 1841 ausgeschält. Seit Geburt bestehend, stellte es sich anfangs mehr als ein *Naevus maternus lipomatoides* von Haselnussgrösse dar, bis es endlich Wallnussgrösse erreichte. — Bei der *pathologisch-anatomischen Untersuchung* fand ich dieses Fettgewächs in einen meistens zelligen Sack, der an manchen Stellen dicker, fester, ja sogar knorpel- und sehnenartig beschaffen war, eingehüllt. In eine *warzenartige Erhöhung* dieses Gewächses verfolgte ich eine *rabenfederstarke Vene* und eine *kleinere Arterie*, die während der Operation eine bedeutende Blutung verursachten. Aus diesem letzteren Punkte sah man nebstbei recht deutlich perlmutterartig-glänzende, fibröse und nach dem ganzen Umfange *excentrisch verlaufende Stränchen*, von welchen die an diesem Gewächse wahrnehmbaren knollenartigen Erhabenheiten, durch die Einschnürungen derselben gebildet, herrührten. Diese fibrösen Stränchen durchzogen das ganze Fettgewächs, waren aber im Inneren desselben etwas lockerer und schwächer, als an der Oberfläche. Die *Schädeldecke* hatte an der Stelle dieses Fettgewächses eine bedeutende *Aushöhlung*. — Mit Ende dieses Monates war die Wunde vollkommen zugeheilt, und es zeigt sich bis zum gegenwärtigen Augenblicke nicht der geringste Nachwuchs. (Dieses Fettgewächs sammt einer ausführlichen Krankengeschichte befindet sich in dem pathologischen Museum zu Prag.)

3. *Naevus maternus.* Den 27. Juni d. J. wurde mir des Häuslers J. Malek aus dem Dorfe Poběžowitz 10 Wochen alte Tochter mit einem *Muttermale von der Grösse und Farbe einer grossen Himbeere*, und zwar in der Mitte der linken Wange, gebracht, um ihr dasselbe auszuschneiden. Nach *der Geburt* war es von der Grösse einer *Linse*, und hatte bis zum obigen Tage jenes Volumen erreicht. Die *Impfung* an dieses Muttermal hatte nicht den geringsten Erfolg. Ich schritt daher am obigen Tage zur *Ausschälung* dieses *Naevus maternus*, welches auf der Lederhaut aufsass; nur einige kleine Wurzelchen drangen in

das darunter befindliche Zellgewebe. Hierauf kauterisirte ich noch mit Lap. infern. die Wunde und legte ein Heftpflasterchen darauf. — Den 10. Juli war diese Wunde vollkommen vernarbt, ohne dass sich nur der geringste Nachwuchs gezeigt hätte. — Unter dem Vergrösserungsglase schien mir dieses *Muttermal* aus den *feinsten Capillargefässzweigchen* zu bestehen, die hier zu *einem Bündel zusammengedrängt* waren. — *Zwei gleiche Muttermale* exstirpirte ich am 13. April d. J. 1843 der 12jährigen Tochter des Bauers Giraut aus dem Dorfe Litietin. Das eine befand sich am *rechten Nasenflügel*, das andere ober dem *rechten Augenbraunbogen.* Beide waren im *Zellgewebe der Haut* eingewurzelt. Nach der Operation kauterisirte ich diese beiden Wunden mit Lapis infernalis, verband sie, und am 24. d. M. war die radicale Heilung vollkommen zu Stande gekommen. *Gleiches Gewächs* schnitt ich am 17. August des J. 1843 dem M. Wawra, Schmiedmeister aus Alt-Holitz, das die ganze Mitte der vorderen *Fläche* und *des Randes des oberen rechten Augenlides* einnahm. Auch hier erfolgte die Heilung schnell. — Bei der *pathologisch-anatomischen* Untersuchung dieser Abnormitäten der Haut und des Zellgewebes fand ich dasselbe *Resultat,* wie im vorhergehenden Falle.

4. Mit einem *angeborenen doppelten Augenbraunbogen* wurde mir am 20. April v. J. die Tochter des Grundbesitzers A. Richlik aus Alt-Holitz zur Behandlung gebracht; für den ersten Augenblick erschien dieses Mädchen damit sehr *verunstaltet.* Ein *Halbzoll* ober den eigentlichen Augenbraunbögen befand sich die *zweite Reihe* derselben noch mit *längeren, brauneren* und *dichteren Haaren* besetzt, als die eigentlichen; sie erstreckten sich auf einer *erhobenen Knochenlinie* beiderseits $^1/_2$ Zoll über die ersten Augenbraunbögen gegen die Schläfe zu; die inneren Schenkel derselben vereinigten sich in der Stirnrinne so, dass ihr spitziger Winkel gerade dem Nasenrücken entsprach. — Sonst war das Mädchen durchaus wohlgestaltet und wohlgenährt. — Die eingeleitete Behandlung bestand darin, dass ich *diese zweite Reihe der Augenbraunbögen* rein abrasirte und die Stelle hierauf mit einer *Jodsolution* 3^{mal} im Tage waschen liess. Nach nochmaliger Wiederholung obiger Behandlung erschien kein Haarwuchs mehr, nur die gekrümmte zweite Augenbraun-Knochenlinie ragt noch etwas hervor. — Diesen *Abnormitäten niederen Grades* kann man auch die mehr oder minder ausgesprochenen *angeborenen Anwachsungen der unteren Fläche der Zungenspitze an den Boden der Mundhöhle mittelst des Zungenbandes* anreihen. Mir sind 79 *Fälle* dieser Art vorgekommen, unter denen sich 16 *Kinder* befanden, bei denen die *ganze untere Zungenspitzen-Fläche an den Boden der Mundhöhle angewachsen* und

wobei das Saugen gänzlich unmöglich war. In allen diesen Fällen wurde von mir die *Operation* theils der *schnellen Durchschneidung*, theils der *allmäligen Loslösung* des mehr oder minder angewachsenen Zungenbandes mit dem besten Erfolge vorgenommen, wornach alle damit früher verbundenen Zufälle sogleich verschwanden.

Aphoristische Bemerkungen über einige Augenkrankheiten.

Von Dr. *Arlt.* *)

5. Amblyopie

des einen Auges wirkt störend auf die Function des andern gesunden Auges, dermassen, dass ein solcher Kranker mit letzterem allein besser sieht, als mit beiden zugleich.

Dieser Satz ist, ohne Übertreibung gesagt, einer der wichtigsten in der Augenheilkunde, aber meines Wissens nirgends gehörig gewürdigt worden. Ich habe ihn zuerst in meiner Abhandlung über das Schielen (Österr. medic. Jahrb. 1842, Jänerheft), obwohl noch nicht mit *der* Gewissheit und Überzeugung wie jetzt, ausgesprochen. Es heisst dort: „Wichtiger scheint mir für das Entstehen des Schielens bei Hornhauttrübungen die durch dieselben veranlasste Störung im Gleichgewichte der Sehkraft beider Augen zu sein, so dass jene Trübung durch Verminderung der Sehkraft, nicht aber, weil ihr (der Trübung) das Auge auszuweichen sucht, Ursache des Schielens werde. Ist dies richtig, so reihen sich alle hierher gehörigen Fälle an jene an, wo die Schwäche der Sehkraft von Seite der Retina das Schielen herbeiführt, und ferner an jene, wo Kurzsichtigkeit, oder wo Differenz in der Sehweite der beiden Augen (also auch relative Amblyopie) als ursächliches Moment des Schielens constatirt ist. Der Geist erhält in allen diesen Fällen zu gleicher Zeit ein deutliches und undeutliches Bild von jedem zu fixirenden Gegenstande; unwillkürlich, ich möchte sagen instinctmässig, hilft das Muskelsystem diesem, den Gesammteindruck undeutlich machenden, vielleicht wirkliches Doppeltsehen verursachenden Übelstande ab, es wird das kranke Auge aus dem Bereiche der normalen Sehachse gebracht, in welchem allein es zu fixiren, d. i. einen deutlichen Eindruck zum Bewusstsein zu bringen vermag; daher

*) S. diese Zeitschrift Bd. II. p. 76.

wird es begreiflich, warum die Hebung der Amblyopie, die Ausgleichung der Sehkraft und Sehweite, für die Hebung des Schielens mit oder ohne Muskeldurchschneidung so wichtig ist.“ Obigen Satz im Auge behaltend, werden wir die Entstehung der meisten Fälle von *Strabismus* erklärt sehen, und uns nicht aufs gerade Wohl zur Operation verleiten lassen, da, wo sie ohne Erfolg bleiben muss, ja noch schaden kann. Die Frage, ob auf dem *einen* Auge die Katarakta durch Operation zu entfernen sei, erhält für alle Fälle, wo das *andere* Auge noch völlig gesund, und nicht eine baldige Erkrankung desselben zu befürchten ist, durch diesen Satz ein entschiedenes *Nein* zur Antwort, da zwischen einem operirten und einem nicht operirten Auge nie völlige Gleichheit der Sehkraft (Sehweite) hergestellt werden kann. Wir werden von mancher *Amblyopia erethistica, erethistico-congestiva, Amblyopia ex abusu visus* den Grund in dieser bezeichneten Differenz finden, und uns und den Kranken nicht mit fruchtloser Behandlung quälen; wir werden endlich manchen Kranken, wenn uns sein ferneres Wohl am Herzen liegt, noch nicht als geheilt entlassen, sobald nur die Entzündung des Auges, nicht auch deren letzte Spuren, Hornhaut- oder Kapseltrübungen, Synechien, so viel als möglich behoben sind.

Gerade unbedeutende, oft schwer zu bemerkende Hornhauttrübungen sind es nicht selten, die das Auge so gut als amblyopisch machen; sie stören das Gesicht nicht nur des betroffenen, sondern auch des andern, vielleicht ganz gesunden Auges ebenso, wie beginnende Katarakta, beginnendes Glaukom, die eigentliche (nervöse) Amblyopie. Ich erhielt voriges Jahr den Auftrag, einen wegen Simulation von Amblyopie in Verdacht stehenden Mann zu untersuchen und mein Gutachten abzugeben. Derselbe war bereits von erfahrenen Ärzten untersucht und für amblyopisch erklärt worden. Man hatte den Grund des Übels in gleichzeitig vorhandenen Unterleibsleiden gesucht, und deshalb mehrere eingreifende Curen, worunter auch die Karlsbader Trinkcur, jedoch ohne Besserung des Augenleidens angewandt. Die subjectiven Erscheinungen gaben ohne den geringsten Widerspruch das Bild erethistisch-congestiver Amblyopie; als das Beschwerlichste wurde angegeben, dass er die Augen durchaus nicht lange mit Lesen oder Schreiben u. dgl. in Anspruch nehmen könne. Die Augen schienen mir ein mattes Aussehen zu haben, auf der Sklerotica sah man beiderseits stärker ausgedehnte Blutgefässe, an der inneren Fläche der Lider beinahe gleichförmige Röthe, einzelne Meibom'sche Drüsen infarcirt, die Hornhäute rein, die blassgraue Iris frei beweglich, die Pupille selbst bei mässigem Lichte ziemlich eng, doch rund und schwarz. Er hatte als Kind an Augenentzündungen (wahrscheinlich scrofulösen) gelitten,

und bekommt auch im Mannesalter, besonders wenn er die Augen anstrengt, leicht Entzündungen (welche katarrhalischer Natur zu sein scheinen). Ich konnte, wollte ich nicht ungerecht sein, kein anderes Parere abgeben, als dass sich unter diesen Umständen eine Amblyopie zwar nicht nachweisen, aber auch nicht geradezu absprechen lasse, man also mit Rücksicht auf das Allgemeinleiden den Angaben des Kranken glauben müsse. Ich hatte ihn 2mal bei ziemlich gutem Lichte untersucht. Ein Jahr später kam ich ihm zufällig in einem hellen Zimmer nahe gegenüber zu stehen, und bemerkte, indem ich ihm ins Gesicht sah, zu nicht geringem Erstaunen eine leichte Trübung der linken Cornea, gegenüber der Pupille; ein eben gegenwärtiger Arzt, der den Kranken früher auch oft gesehen, erkannte nun diese Trübung gleichfalls, und zwar — ein Beweis, dass keine Täuschung unterlief — in derselben Lage und Form, wie ich sie bemerkt hatte, und nun Jedem zeigen kann. Da der Kranke in der Kindheit in Folge von (scrofulösen) Augenentzündungen mehrere Wochen blind gewesen zu sein versichert, seitdem aber keine so heftige Entzündung erlitten hat, dass man diese Trübung davon abzuleiten berechtigt wäre, so glaube ich, dass dieselbe seit der Kindheit bestehe, um so mehr, da der Kranke von Jugend auf ein schwaches Gesicht zu haben versichert. Jene Zufälle aber, die ihm jede stärkere Anstrengung der Augen verbieten, entstanden offenbar durch starke Anstrengung der Augen in späteren Jahren selbst. Der Kranke befand sich hierbei ohngefähr in demselben Zustande, wie Jemand, der mit beiden Augen gleich gut sieht, und vor das eine beim Lesen oder Schreiben ein nicht ganz reines, fein bekritztes oder gefärbtes Glas hält; es wird hierbei das unverdeckte (gesunde) Auge so angestrengt, dass die Buchstaben anfangen sich zu verwirren, die Augen thränen, es tritt ein dumpfer Schmerz über den Augenbraunen ein, und bei fortgesetzter und wiederholter Anstrengung auf diese Weise kommt es zu einem erethistisch-congestiven Zustande des unbedeckten (gesunden) Auges. Wird ein undurchsichtiger Gegenstand vorgehalten, (ist die Hornhautverdunkelung undurchsichtig und die ganze Pupille verdeckend), so treten diese Erscheinungen nicht ein.

Ein Mädchen von ungefähr 26 Jahren consultirte mich wegen Schwäche des rechten Auges; mit dem linken, sagte sie, habe sie von Jugend auf nicht gut gesehen. Sie klagte über die gewöhnlichen Erscheinungen einer Amblyopia erethistico-congestiva in hohem Grade, hatte im 16. Jahre an Bleichsucht gelitten, und bot einen Habitus leucophlegmat. dar; die Menstruation war sparsam, die Leibesöffnung habituell sehr träge. Sie war in der grössten Angst zu erblinden, da die Mittel, die ihr ein berühmter Augenarzt gerathen (zeitweilig Schröpf-

köpfe an die Wirbelsäule, Pillen mit Aloë und Castoreum), nicht die geringste Besserung, erstere sogar vorübergehende Verschlimmerung herbeigeführt, und ein zweiter Arzt ihren Verwandten erklärt hatte, es sei schwarzer Staar zu befürchten. Ich fand die linke Hornhaut (in Folge einer in früher Jugend überstandenen Entzündung) nur ganz wenig getrübt, ungefähr so, wie wenn sie mit einer ganz dünnen Lage Milch überzogen wäre. Sie hatte vor dem Entstehen dieser Gesichtsschwäche viele Nächte hindurch gewacht und vorgelesen — bei einer schwer kranken Mutter — und anhaltend feine weibliche Arbeiten verfertigt. Ich liess mich bei der Behandlung besonders durch diesen letztern Umstand bestimmen, ohne genauere Einsicht in die Natur des Übels am rechten Auge gewinnen zu können, schlug mehrere Curmethoden ein, darunter auch die zu Marien- und das Jahr darauf zu Karlsbad, und nachdem Pillen mit Sulfas ferri und Aloë einige Besserung bewirkt zu haben schienen, Franzensbrunnen beim Aufenthalte in einer anmuthigen Gebirgsgegend. Aber erst, nachdem ich durch anderweitige Erfahrungen und Beobachtungen zur Kenntniss der Eingangs ausgesprochenen Wahrheit gelangt war, sah ich ein, warum alle diese Mittel wenig oder nichts nützen konnten, und dass Enthaltung von aller Anstrengung der Augen die Hauptsache sei. Ich konnte nun der stets bekümmerten Kranken die Zuversicht einflössen, dass sie an *diesem* Übel nicht erblinden werde. Es sind bereits 4 Jahre verflossen, dass ich sie behandle und beobachte; während sie anfangs kaum einige Zeilen schreiben konnte, schreibt sie jetzt ohne Mühe einen Viertelbogen und darüber, und geniesst wieder froh ihres Lebens.

Am 5. November 1842 kam ein Fräulein von beiläufig 20 Jahren zu mir, mit der Klage, dass sie seit einigen Wochen nicht mehr im Stande sei, längere Zeit zu nähen oder zu lesen, was sie doch bis tief in die Nacht hinein zu thun gewohnt gewesen sei; es fange ihr das rechte Auge an wehe zu thun und zu thränen, und bei fortgesetzter Anstrengung verwirren sich ihr die Gegenstände so durch einander, dass sie die Arbeit längere Zeit bei Seite zu legen genöthigt sei; sie bat um so dringender um Hülfe, da sie mit dem linken Auge ohnehin wenig sehe, selbst einen $\frac{1}{2}$ Zoll hohen Druck nur mit Mühe lesen könne. Wie lange sich das linke Auge in diesem Zustande befinde, wisse sie nicht; sie habe es vor einigen Wochen beim Schliessen des rechten bemerkt, da ihr die Augen matt zu werden anfingen. Nachdem der erethistische Zustand des rechten Auges durch entsprechende Diät und Behandlung beseitiget war, begann ich den 11. November 1842 die Behandlung des linken Auges nach C u n i e r's Vorschlage mit einem concav-convexen Glase von 3 Zoll Brennweite,

durch welches sie den Titel der Prager Zeitung gut zu lesen vermochte. Da selbst durch viertelstundenlange Übung keine Reitzungssymptome herbeigeführt wurden, verminderte ich die Brennweite täglich um $1/2$ Zoll bis zu Nr. 7, dann um einen ganzen Zoll bis zu Nr. 17, endlich um 3 — 4 Zoll bis zu Nr. 27, den 20. December las sie bereits einen Druck von nicht ganz *einer* Linie Höhe, und zwar *ohne Glas*, und in der Sehweite von 9 — 10 Zoll, die Heilung ist dauerhaft; sie verträgt jetzt wieder stundenlange Anstrengung der Augen.

Man kann meiner Behauptung die Beobachtung entgegen stellen: dass *sehr viele Menschen an Ungleichheit der Sehkraft beider Augen leiden, ohne dass die eben besprochene Folge eintritt.* Ich füge demnach, um Missverständnissen vorzubeugen, hinzu: dass *nur ein gewisser Grad von Amblyopie* störend auf die Function des andern, gesunden Auges einwirke, wie ich dies bereits bei den Hornhauttrübungen gezeigt, und dass ferner *die Natur dieser Störung auf mancherlei Weise abhelfe.*

Gleich wie bei Beeinträchtigung der Function des Athmens erhöhte Thätigkeit der M. sternokleidomastoidei entsteht, und der Kranke unwillkürlich sich auf die Oberextremitäten stützt, gleichwie der an grauem Staar Erblindende durch Beschattung mit der Hand die Pupille zu erweitern sucht, und der Kurzsichtige die Lidspalte möglichst verengert — ohne vorausgegangene Anweisung dazu: entstehen auch, um *die* Störung zu beseitigen, die das minder deutliche Bild des einen Auges auf das deutliche des andern, zugleich percipirten, ausübt, verschiedene *reflectirte Bewegungen*, worunter das Ablenken des amblyopischen Auges, das *Schielen*, die häufigste und interessanteste, das *Zukneipen* der Lider, oder das *Verdecken des schwächern Auges* die minder beachteten sind. Eine andere Art von Abhülfe besteht in der *Abstraction*, wovon später. *Das Schielen* erscheint häufig als Naturhülfe; denn, wie ich bereits in dem schon citirten Aufsatze nachgewiesen habe, das amblyopische Auge wird beim Schielen abgelenkt, nicht, um mit demselben zu sehen, sondern, um mit demselben *nicht* zu sehen, um es, so zu sagen, unschädlich zu machen.

Ein Mädchen von hier klagte mir, dass ihr beim Nähen oder Lesen die Augen sehr leicht ermüden, so dass sie niemals lange arbeiten könne; wolle sie aber einen feineren Druck lesen, oder z. B. eine feine Nadel einfädeln, so müsse sie schielen, das rechte Auge nach innen ablenken, obwohl sie ausserdem einen ganz geraden Blick hat. Sie konnte in meiner Gegenwart auch mit geradgehaltenen Augen mittlern Druck lesen; dabei verwirrten sich ihr aber die Buchstaben

sehr bald durch einander, so dass sie entweder aufhören oder das rechte Auge aus dem Bereiche des Sehfeldes wenden musste. Während sie auf dem linken Auge sich einer sehr guten Sehkraft erfreut, vermag sie mit dem rechten nur einen über 2 Linien hohen Druck zu lesen. Sie ist weder kurz- noch weitsichtig; man bemerkt sonst nichts Krankhaftes an ihren Augen; über die Entstehung weiss sie nichts verlässliches anzugeben.

Th. R. wurde 1842 von mir an Strab. converg. oc. sin. operirt, und durch die Durchschneidung beider Recti interni so geheilt, dass die Augen ihre normale Beweglichkeit behielten und bei allen Richtungen gerade standen. Aber die Kranke vermochte Monate lang nicht anhaltend zu nähen oder zu lesen; die Augen fingen an zu thränen, die Buchstaben verwirrten sich, in der Gegend des Foramen supraorbitale traten drückende Schmerzen ein. Später verlor sich dies, die Kranke sah manchmal entferntere Gegenstände doppelt, und die Mutter bemerkte, das das Mädchen beim Arbeiten wieder etwas schielte. Ein genaueres Examen ergab, dass sie bald ein- bald auswärts schielt; wenn sie einen entfernten Gegenstand genauer sehen will, erscheint ein Schattenbild links (also Divergenz des linken Auges), bei Betrachtung eines nahen Objectes erscheint ein Schattenbild rechts (also Convergenz des linken Auges); für gewöhnlich aber, wenn man mit ihr spricht, ihr auf der Gasse begegnet, schielt sie nicht. Auf der linken Cornea bemerkte ich nun der Pupille gegenüber, etwas nach innen sich ausdehnend, eine Trübung, die mir früher entgangen war, die Folge einer scrofulösen Augenentzündung. Die Kranke muss also wegen Differenz der Sehkraft schielen, wenigstens so oft sie etwas genauer sehen will.

In dem citirten Aufsatze habe ich 3 Fälle von Strabismus alternans von Differenz in der Sehweite beider Augen angeführt, darunter einen Fall von Strab. alternans divergens, nämlich bei einem Candidaten der Medicin, Namens Z . . . . r, welcher bei sichtlich stärkerer Wölbung der Cornea auf dem rechten Auge kurzsichtig, und bei merklicher Abflachung des linken Auges auf diesem weitsichtig ist, dem zufolge bei Betrachtung eines nahen Objectes das linke, bei Betrachtung eines fernen das rechte unwillkürlich nach aussen ablenkt, und deshalb vor 3 Jahren von einem Arzte auf beiden Augen (M. recti externi) operirt wurde. Das Schielen bestand *nach* wie *vor* der Operation. Ich rieth dem Kranken die Sehweite durch entsprechende Gläser auszugleichen, und dann sich in der Geradstellung der Augen zu üben. Durch Beharrlichkeit hierin hatte er es schon zu Ende des Jahres 1842 so weit gebracht, dass er, wenn er will, nicht schielte;

aber dann sah er nicht so gut, als wenn er mit einem Auge allein sah, und das andere, obwohl kaum merklich, abweichen liess. Vom 26. März 1843 finde ich in meinem Protokoll Folgendes über ihn aufgezeichnet: die Differenz in der Sehweite scheint geringer zu sein, als früher. Lasse ich ihn die Augengläser ablegen, so kann er in der Entfernung von 8 Zoll einen Druck von nicht ganz 1 Linie Höhe nicht lesen, so lange er (wie ich sehe, und er selbst angibt) die Sehachsen im Objecte sich kreutzen lässt; er kann aber sogleich lesen, wenn er entweder die linke Pupille etwas über $1^1/_2$ Linie auswärts ablenkt, oder die rechte beiläufig $^1/_2$ Linie; stellt er die rechte circa $1^1/_2$ Linie auswärts, so sieht er (mit dem linken Auge) viel deutlicher, als wenn er dieselbe nur $^1/_2$ Linie ablenkt; dabei geht die rechte Pupille ein wenig nach aussen und oben. Fixirt er einen fernen Gegenstand, so sieht er ihn nur mit dem linken Auge, während das rechte kaum merklich, nicht $^1/_2$ Linie auswärts abweicht; das linke weicht bei Betrachtung eines fernen Gegenstandes niemals ab (nach aussen), weil das rechte nie einen fernen Gegenstand fixirt. Halte ich aber vor das rechte ein concaves Glas (Nr. 16—20), so braucht er, um auch in die Ferne mit dem rechten deutlich zu sehen, das linke kaum $^1/_2$ Linie abzuwenden; mit beiden zugleich kann er aber auch da (nämlich wenn das rechte armirt ist) ferne Gegenstände nicht deutlich sehen. In allen diesen Fällen findet kein Doppeltsehen Statt. Von diesem Befunde kann sich noch jetzt an dem hier lebenden Kranken Jeder überzeugen.

Ein 18jähriges Mädchen wurde im November 1842 an Strab. conv. oc. dextri (in Folge einer vor 2 Jahren überstandenen Augenentzündung) operirt. Das nun gerad gestellte Auge war der Art amblyopisch, dass es in der gewöhnlichen Sehweite nur einen wenigstens 4 Linien hohen Druck lesen konnte. Es war auffallend, dass sie bisweilen noch schielte, und doch, wenn man sie aufmerksam machte, vollkommen gerad sehen konnte. Sie brachte zur Entschuldigung vor, dass sie, wenn sie nicht schiele, schlechter sehe. Es wurde demnach versucht, die Amblyopie durch methodische Anwendung convexer Augengläser zu heben, und den 6. December mit Nr. 6 begonnen; schon den 21. war die Amblyopie so weit gehoben, dass die Kranke ohne Glas mittleren Druck lesen konnte; und doch sah sie, wenn sie mit beiden Augen zugleich etwas betrachten wollte, undeutlich, und musste, um deutlich zu sehen, schielen. Ende December konnte sie, mit jedem Auge allein, feinen Druck ($^1/_2$ Linie hoch) lesen, mit beiden zugleich nur einen wenigstens 3 Linien hohen Druck erkennen. Es blieb nichts übrig, als *ungleiche* Sehweite anzunehmen, und in der That, als wir ihr Nr. 6 convex vor das rechte Auge hielten, vermochte sie mit beiden

zugleich den feinsten Druck zu lesen. Den Versuchen, auch die Weitsichtigkeit des Auges durch methodische Anwendung von Gläsern (nach Cunier's Vorschlage) zu beheben, entzog sich die Kranke wegen häuslicher Verhältnisse. *)

Im Märzhefte der österr. Jahrbücher (1842) habe ich unter Nr. 6 (20. Fall) die Operationsgeschichte eines jungen Mannes erzählt, welche einen eben so beweisenden Beleg für meine Ansicht abgibt. Hierzu nun den Befund vom 8. März 1843. Es war Convergenz des linken amblyopischen, und Kurzsichtigkeit auch des rechten Auges da gewesen, welche letztere durch die Durchschneidung beider Recti interni keine Änderung erlitten hat. Im gewöhnlichen Zustande erkennt man jetzt an der relativen Stellung der Augen kein Schielen, aber man muss wenigstens einen geringen Grad supponiren, weil er doppelt sieht, und zwar erscheint das mattere Bild (vom linken Auge) rechts von dem deutlichen (also Divergenz des linken Auges), ohne dass dasselbe ihn gegenwärtig mehr genirt, da er es für gewöhnlich nicht beachtet. Je ferner der fixirte Gegenstand und je weniger der Kranke sich bemüht, denselben genau zu erkennen, desto weiter treten die beiden Bilder aus einander. Bemüht er sich, einen nahen Gegenstand, z. B. ein Wort, eine Ziffer, *genau* zu sehen, so sieht er auch doppelt, aber dann liegt das dem linken Auge angehörende Bild *links* von dem deutlichen (des rechten Auges). Er zeichnete mir bei diesen Versuchen Folgendes auf: $^{90}90^{90}$. Liest er die Zahl 90 so, wie er gewöhnlich zu lesen pflegt, so erscheint noch ein undeutliches 90, ein Schattenbild oberhalb und *rechts* von dem wirklichen; beim genaueren Betrachten aber erscheint es oberhalb und *links*, und bei einem mittleren Grade von Anstrengung fällt es auf das deutliche, doch so, dass es dieses nur zum Theile deckt, indem es blos etwas höher steht. Beim Übergange vom *gewöhnlichen* zum *aufmerksamen* Betrachten, wo also das Schattenbild von rechts nach links rückt, sehe ich — bei unveränderter Lage des Buches — die linke Pupille deutlich von aussen nach innen rücken. Das Höherstehen des matteren Bildes, seine Distanz von dem deutlichen in verticaler Richtung, ist bedeutender, wenn er aufwärts gelegene Gegenstände betrachtet, geringer, wenn er nach unten befindliche Objecte ansieht, wird also durch übermässige Contraction des M. rectus superior bewirkt. Wäre diese Complication mit Strab. sursum vergens nicht vorhanden, so müsste bei mittlerer Intention

---

*) Die Gelegenheit zu dieser und mehreren früheren (in dem Aufsatze über Hornhautstaphylom angeführten) Beobachtungen verdanke ich der Güte unseres hochverehrten Professor Fischer.

das matte Bild mit dem deutlichen congruiren, mithin die Perception mit beiden Augen minder klar und deutlich, als mit dem gesunden allein sein. Wir sahen diesen Fall in der vorhergehenden Krankengeschichte; wenn sich die Bilder *ganz decken,* kann sie der Kranke nicht mehr als *zwei,* sondern nur als *einen* wahrnehmen.

Eben so können zwei andere, von mir in der späteren Zeit operirte junge Männer mit beiden Augen Objecte fixiren (Bozek und Schreyer), sehen aber dann schwächer, als wenn sie mit dem gesunden allein sehen. Allen diesen Kranken war also mit der Operation — gegen die man nichts einwenden kann, da bei keinem die Beweglichkeit der Augäpfel beeinträchtiget und die gerade Stellung möglich wurde — wenig oder nichts gedient, da die Ursache des Schielens nicht behoben wurde oder nicht behoben werden konnte. Und so erging es mir noch bei vielen, wo gleiche ursächliche Momente obwalteten. Ich gestehe gern, dass jetzt, nach 2 Jahren, das Heilresultat lange nicht so günstig ist, als ich es in dem genannten Aufsatze angeführt, und zwar gewissenhaft angeführt; denn mehrere Recïdive sind erst viele Monate nach der Einsendung jener Schrift allmälig eingetreten. Ich habe durch meine Operationsversuche wenigstens so viel gewonnen, dass ich überzeugt bin, *man dürfe in jenen Fällen nicht operiren, wo zu besorgen steht, dass die Amblyopie des schielenden Auges von der Art sei und bleiben werde, dass sie bei wieder hergestellter Kreutzung der Sehachsen im Objecte, störend auf die Function des anderen Auges einwirken muss.* Ich ziehe es vor, früher durch Verbinden des gesunden und Üben des geschwächten Auges, durch Anwendung Hornhaut-aufhellender Mittel, durch methodische Übung mit entsprechenden Augengläsern, durch sonst etwa gegen die Amblyopie angezeigte Arzneien die Sehkraft beider Augen wo möglich gleich zu machen, und erst, wenn dieses gelungen, zu operiren.

Dass ein hoher Grad von Gesichtsschwäche wegen Undeutlichkeit des Schattenbildes viel weniger schade, ist mir sehr wahrscheinlich; gänzliche Amaurosis ist, wie ich schon vor 2 Jahren gezeigt, keine Gegenanzeige gegen die Operation.

Ich sah übrigens Schielen bei Erwachsenen und bei Kindern entstehen, nicht während der Augenentzündung, an der ich sie behandelte, sondern nach derselben, wenn halbdurchsichtige Hornhauttrübungen zurückgeblieben waren, ja bei einigen Kindern erst dann, wenn früher undurchsichtige Trübungen halbdurchsichtig geworden waren. Ein Mädchen, bei welcher in Folge acuter Bindehautblennorrhoee ein durchbohrendes, jedoch ziemlich günstig wieder vernarben-

des Hornhautgeschwür am rechten Auge entstanden war, fing an mit diesem Auge nach aussen zu schielen, während der Zeit, als das grösstentheils vor der Pupille sitzende, flache und ganz reine Geschwür, wodurch das Gesicht nur wenig getrübt wurde, allmälig vernarbte. Wer die Kranke jetzt sieht, findet die Pupille bis auf einen nach innen und oben befindlichen kleinen Theil verdeckt durch eine beinahe ganz undurchsichtige Narbe, gegen welche hin noch ein Pterygium vom innern Winkel aus verlauft; und nur wer einen solchen Krankheitsverlauf vollständig beobachtete, kann begreifen, dass auch dieser und ähnliche Fälle nicht *gegen*, sondern *für* meine Ansicht sprechen. Es gab eine Zeit für diese Kranke, wo das Sehvermögen des kranken Auges noch in einem Grade bestand, welcher störend auf das Gesicht des gesunden einwirkte, die Ablenkung desselben mithin eine, gleichsam instinctmässig herbeigeführte Wohlthat war; nachdem die Ablenkung einige Zeit nothwendig gewesen war, blieb sie stationär auch dann, als die Trübung intensiv geworden, mithin das Schielen nicht mehr nothwendig war. Übrigens habe ich guten Grund zu vermuthen, dass, wo immer bei Strabismus Augenentzündungen vorausgegangen sind, viel häufiger als bis jetzt beobachtet und angegeben wurde, leichte Trübungen der Hornhaut entweder noch zugegen oder doch in früherer Zeit vorhanden waren, wie dies auch Dr. Zeis bemerkt. Es ist durch genaue Beobachtungen constatirt, dass leichte Trübungen der Hornhaut namentlich bei Kindern von selbst verschwinden; ich sah selbst nach linsengrossen, centralen Hornhautgeschwüren nur an der Stelle, wo sie durchbohrt hatten, eine Hirsekorn-grosse Narbe zurückbleiben.

Auch bei *Linsenverdunklung,* wenn sie nur auf einem Auge und *sehr langsam* sich entwickelt, sah ich Strabismus entstehen, und zwar divergens. Dies bestärkt mich nicht nur in der Eingangs ausgesprochenen Ansicht, sondern auch in der Behauptung, dass *dieselben Ursachen, die bei Kindern unter* 4—5 *Jahren Strabismus convergens hervorrufen, bei Erwachsenen Str. divergens bedingen.* Dem Kinde, dessen Gesichtskreis fast ausschliesslich auf *nahe* Gegenstände beschränkt ist, liegt die Ablenkung des störenden Auges nach innen näher und ist ihm leichter; warum bei Erwachsenen in der Regel Strabismus divergens entstehen müsse, begreift man, wenn man bedenkt, dass die Ablenkung der Pupille nach aussen um *nur eine halbe* Linie das Auge mehr aus dem Bereiche des Sehfeldes entfernt, als die *eine ganze Linie* und darüber betragende Ablenkung nach innen. Es ist bewunderungswürdig, wie diese instinctartige Ablenkung immer gerade dahin geschieht, wo der Zweck auf die leichteste Art erreicht wird. Ein Schuh-

macher wurde von einem Lupus exfoliativus nächst dem äussern Winkel des linken Auges befallen, und davon durch eine Pasta mit Murias zinci auf der Klinik des Herrn Professor Fischer geheilt; die äussere Hälfte des unteren Lides war nun durch die Vernarbung aus- und abwärts gestülpt, die äussere Commissur nach unten und aussen und vom Bulbus abgezogen; der bisher ganz gesunde Bulbus wurde nun öfters von Entzündungen befallen, und die Hornhaut in ihrer ganzen Ausdehnung leicht getrübt; beim Arbeiten thränten die Augen und ermüdeten bald. Es wurde nun die Tarsoraphie nach von Walther gemacht, das Ektropium hierdurch gehoben, die Commissur schloss wieder an den Bulbus an, nur das obere Lid stand nun ein wenig tiefer, als das des rechten Auges. Der Kranke kehrte abermals zu seiner Arbeit zurück, bemerkte aber bald, dass er, wenn er etwas genauer sehen wollte, das linke Auge zukneipen oder verdecken musste: später hatte er dies nicht mehr nöthig; als ich ihm zufällig begegnete, fand ich Strab. sursum vergens; er hatte also, ohne es zu wissen, allmälig das Auge ein wenig aufwärts unter das ohnehin tiefer stehende Lid stellen gelernt, um so die Pupille zu verdecken. — Ein Candidat der Chirurgie, dem wegen Strabismus diverg. oc. dextri amblyopici beide Recti externi durchschnitten worden waren, wurde längere Zeit als geheilt betrachtet, da er nicht schielte. Nach ungefähr $^1/_4$ Jahre, wo ich ihm auf der Gasse mehrmal begegnete, fiel mir auf, dass er das rechte Auge häufig zudrückte; er sagte, er thue es, um die ihm Entgegenkommenden zu erkennen. Er war nicht kurzsichtig; das rechte Auge hinderte ihn, wie er sagte, auch im Erkennen naher Gegenstände. Ich munterte ihn auf, sich trotz dem zu bemühen, *beide* Augen zu gebrauchen, und damit sich das rechte Auge übe und stärke, das linke bisweilen zuzuhalten; doch fand ich, etwa $^1/_2$ Jahr später, *Strabismus convergens* oc. dextri, zu welchem Fehler sich übrigens schon in der ersten Zeit nach der Operation, bei etwas zu weit getriebener Übung, nahe Gegenstände mit beiden Augen zu fixiren, starke Neigung gezeigt hatte. Es ist dies der 17te Fall vonden in dem citirten Aufsatze mitgetheilten.

Ich habe das *Zukneipen* des schwächeren Auges übrigens bei vielen Erwachsenen beobachtet, zu dem Zwecke, mit dem anderen besser zu sehen, es hat dieselbe Bedeutung, wie das Schielen.

Ein ganz unbefangenes, nicht etwa die gewünschte Antwort in den Mund legendes Examen ergab mir bei vielen Kranken mit beginnendem Glaukom, beginnender Katarakta oder Amblyopia (proprie sic dicta) als Resultat, dass sie, wenn das kranke Auge *verdeckt* wurde, besser sahen,

als mit beiden zugleich; sie sagen gewöhnlich: das kranke Auge blende sie. Bei weiterer Ausbildung der Krankheit, und Einer bei Heilung derselben, beklagten sie sich nicht mehr über dieses Symptom. Es liesse sich hieran noch eine nicht unfruchtbare Betrachtung über das Vorkommen und die Bedeutung des *Strabismus divergens bei Amaurosen* anknüpfen, was jedoch hier zu weit ablenken würde.

Schliesslich bleibt nur noch zu erklären, wie es komme, dass Viele, bei denen das eine Auge dem anderen an Sehkraft nachsteht, dennoch weder an Amblyopia erethistica (ex nimia intentione) des anderen Auges erkranken, noch schielen, oder das Auge zudrücken. Abgesehen davon, dass hier der Grad der Differenz wohl zu berücksichtigen, worüber ich mich schon ausgesprochen, und dass die dadurch bedingte Gesichtsstörung schon der Natur der Sache nach nur bei gewissen, die Sehkraft besonders in Anspruch nehmenden Functionen der Augen fühlbarer wird, muss man a priori zugeben, dass der Mensch *von störenden Eindrucken abstrahiren* kann, so dass er dieselben am Ende gar nicht beachtet, gar nicht wahrnimmt. Einen geübten Auscultator stört das Geräusch vom Reiben des Sthetoskopes am Brustkorbe, an der Kleidung u. dgl. am Ende wenig oder nicht, so wie jenen Operirten, von dem ich oben gesprochen, das rechts und oben schwebende Schattenbild nicht mehr stört; er bemerkt es nur dann noch, wenn er daran denkt. Es gibt Menschen, welche beide Sehachsen auf die Zeilen richten, und doch nur mit *einem* Auge dabei functioniren, die sie eben lesen.

Ich habe mich über diesen schwierigen Punkt bei vielen Auctoren Raths zu erholen gesucht, finde jedoch nur bei *Makenzie* (Krankheiten des Auges, Weimar 1832) pag. 243 und 244 einige unbestimmte und schwankende Andeutungen. „Die häufigste Ursache von Strabismus scheint unvollkommenes Gesicht wegen Kurzsichtigkeit oder angeborenen Mangels der Retina zu sein. Das verdrehte Auge steht fast in jedem Falle an Reitzempfänglichkeit dem anderen beträchtlich nach. Ich bediene mich des Wortes *beträchtlich,* weil man viele Individuen trifft, deren Augen nur *etwas* ungleich sind, und die nicht schielen, dagegen auch wieder andere, welche von Geburt an eine vollständige oder fast vollständige Amaurosis des einen Auges gehabt haben, und doch ganz frei von Strabismus sind. Nach Buffon erzeugt die Ungleichheit der Augen in 8 Fällen im Durchschnitte 3^{mal} Strabismus. Da alsdann der Eindruck auf das eine Auge beträchtlich schwächer ist, als auf das andere, so kann er leicht gänzlich vernachlässiget werden, und statt dass das schwächere Auge auf die Gegenstände, welche sich ihm darbieten, fixirt sein sollte, schweift es umher, und weicht von der richtigen Sehachse

ab. *In manchen Fällen scheint sogar ein instinctmässiges Bestreben vorhanden zu sein, das schwache Auge noch viel weiter zu verdrehen, und es so weit nach einwärts und unter das obere Lid zu wenden, dass es keinen Eindruck mehr empfangen kann, und dass blos das gesunde Auge noch Eindrücke aufnimmt.*" — Wie nahe war dieser treffliche Beobachter der Wahrheit! —

Analekten.

Bericht über die Leistungen im Gebiete der gesammten Heilkunde während des 1. Vierteljahres 1844.

Allgemeine Pathologie und Therapie, Epidemiologie und Statistik.

Dass bei Aufhebung der *Verbindung mit der Philosophie* die Seele der Naturwissenschaften untergehe und nur der Leib übrig bleibe, sucht Dr. Henop (Av. Bd. 6. p. 13) in einem chaotischen Aufsatze zu erweisen. Über den *Werth und die Bedeutung der Naturwissenschaft für die Medicin* hielt Mulder (I) eine trefflich gearbeitete Rede beim Beginne seiner Vorlesungen in Utrecht. Möge man endlich allgemein zu der Überzeugung gelangen, dass die gesammte Medicin selbst nur eine Naturwissenschaft sei, mithin dass sie keines einzigen der einzelnen Zweige derselben auch nur einen Augenblick entbehren könne. — Mulder geht dies in Beziehung der physiologischen Verrichtungen des Körpers: „Athmen, Verdauung, Blutbereitung, Se- und Excretionen" u. s. w. durch, dann die Pathologie in ihren Umrissen, um die Nothwendigkeit der Naturwissenschaften auch in der praktischen Medicin recht klar darzuthun.

In Betreff des **Krankheitsverlaufes** stellt Zimmermann (II) folgende Ansicht auf: 1. Es hat sich (bedingt durch irgend eine Ursache) Pseudoplasma gebildet. *a.* Ein Theil desselben wird in ein Organ abgelagert (Metastase 1. Grades). *b.* Der andere Theil bleibt im Blute, erleidet hier durch den Sauerstoff der Luft eine Zersetzung. *c.* Daher gleich vom Beginne der Krankheit an die anomalen Bestandtheile im Harn, Schweiss u. s. w. *d.* Die anomale Beschaffenheit der Excreta dauert so lange, als sich Pseudoplasma im Blute vorfindet. *e.* Alle abnormen Bestandtheile der Excreta während des ganzen Krankheitsver-

laufes sind als kritische Erscheinungen zu betrachten, falls sie der Materia peccans entsprechen. 2. Es ist ein Locus minoris resistentiae vorhanden. *a.* Durch Ablagerung von Pseudoplasma wird er zum Krankheitsherde. *b.* Reactions - Erscheinungen. — Nützliche, schädliche Folgen. *c.* Im günstigen Falle erleidet das Pseudoplasma und einige Bestandtheile des Organs solche Veränderungen, dass sie entweder direct nach aussen entleert werden können oder ins Blut resorbirt werden u. s. w. Dies ist die örtliche Krise. *d.* Die ins Blut resorbirten Stoffe werden durch die Excretionsorgane wieder ausgeschieden. *e.* Die abnormen Bestandtheile im Harn, Schweiss u. s. w. vermehren sich und dauern so lange, als sich Pseudoplasma im Blute vorfindet. Die kritischen Erscheinungen, namentlich im Harn, hören an bestimmten Tagen auf, die mit dem $3\frac{1}{2}$tägigen Typus correspondiren. — Dann tritt Genesung ein.

Über die **Krankheiten des Greisenalters** entlehnen wir aus Beau's klinischen Studien (J. de méd. Oct. — Dec. 1843) Folgendes: Die Krankheiten des Greisenalters sind meist complicirt; — bedeutende Störungen in wichtigen Organen finden nicht selten ohne merkliches Allgemeinleiden Statt. Das Delirium äussert sich mehr in Handlungen und nur bei hohem Grade des Leidens in Worten. Symptomatische Parotidengeschwülste sind häufig; Trockenheit der Zunge ist oft dabei das einzige Krankheitssymptom. Schüttelfrost und Schweisse sind seltene Erscheinungen. — Sehnenhüpfen ist selten, Muskelzittern und Flockenlesen nie vorhanden. Die Jahreszeiten zeigen einen grösseren Einfluss auf den Gesundheitszustand der Greise als bei Erwachsenen. Die Sterblichkeit ist im Sommer geringer als im Winter. Die acuten Krankheiten beruhen häufig im Sommer auf Gastro - Intestinal- Störungen. Die *Prognose* in Krankheiten des hohen Alters ist sehr unsicher, dabei die Succession der Symptome besonders zu berücksichtigen. Die Angina faucium ist selten. Gegen den häufig vorkommenden Status gastricus und gegen die Febris gastrica erweisen sich am besten Brech- und Abführmittel. Acute Peritonitis tritt selten spontan auf, sie ist meistens Folge anderer, grösstentheils organischer Leiden. Die chronische Peritonitis steht fast immer mit subperitonealer Krebsproduction in Verbindung. Sehr häufig sind Katarrhe und als Folgeleiden Asthma, Emphysem; nicht selten Vergesellschaftung mit Pleuro - Pneumonie. Der Bronchialkatarrh kann durch Consumtion den Tod bedingen. Die Phthisis tuberculosa ist selten, häufig die sogenannte Phthisis pituitosa. Der Verlauf der Pneumonie bei Greisen ist eigenthümlich. Während der Behandlung treten nicht selten vollständige Intermissionen ein, die alsbald und oft unerwartet der früheren Intensität wieder

Platz machen. Die Prognose dabei ist nicht ungünstig. Die latente Pneumonie (nicht durch Symptome, sondern blos pathologisch-anatomisch nachweisbar) ist häufiger, als die apparente. — Nie hat B. Magenkrebs und Katarrh der Luftwege vergesellschaftet gefunden. Der Typhus der Greise unterscheidet sich von dem der Erwachsenen, es fehlen die der Dothienteritis eigenthümlichen Symptome. — Mäusegeruch der Transpiration. — Die Beobachtungen sind blos an Weibern der Salpetrière gemacht.

Zwischen **Miasmen** und **Contagien** gibt es nach Bicking (Hyg. Bd. 19. p. 26) keinen bestimmten, sondern nur einen ungefähren Unterschied. *Miasmen* sind das Product von tellurischen und kosmischen Einflüssen sehr verschiedener Art. Sie bestehen meist in dunstförmigen Ausströmungen, deren Träger die Atmosphäre ist, wirken vorzugsweise durch die Respiration ein und erzeugen, wenn ihre Einwirkung nicht dauernd und an endemische Einflüsse gebunden ist, am meisten acute und mehr nach dynamischer Richtung ausgebildete Krankheiten (Pest, gelbes Fieber, Typhus, Cholera, Scharlach, Masern). Miasmen rufen demnach eine Zersetzung in den Säften des Körpers hervor, die derjenigen analog ist, welche sich in den tellurischen und kosmischen Einflüssen als Krankheitsursachen zu erkennen gibt, und pflanzen sich insofern ansteckend fort, als sie auf den gesammten Organismus in ähnlicher Art einwirken, wie ursprünglich der tellurische oder kosmische Process auf denselben gewirkt hat. Weil diese Processe grösstentheils in einer mehr fremdartigen Beziehung zum Organismus stehen, so haftet ihre Einwirkung seltener und bedarf meist der Unterstützung gleichartiger äusserer Einflüsse. Die übertragene miasmatische Krankheit hat ferner nicht immer eine bestimmte Ähnlichkeit mit derjenigen, die ihr vorausgegangen ist, denn diese selbst ist nicht in allen Fällen bestimmt ausgedrückt, weil der Organismus den seiner Natur ferner stehenden miasmatischen Einflüssen kräftiger entgegenwirkt und sie in ihrer Eigenthümlichkeit theilweise verändern kann. — *Contagien* sind stets das Product einer vorhergegangenen Krankheit, indem ihnen ein ansteckender animalischer Auswurf des kranken Körpers zu Grunde liegt. Sie sind fester an einem festen Stoff gebunden, dringen zunächst durch die äussere Haut, vorzüglich durch die Schleimhaut in den Körper ein, bilden ihre Wirkung mehr nach einer materiellen Richtung aus, und erzeugen mehr chronische in der vegetativen Sphäre des Körpers sich darstellende, insbesondere durch verschiedene Ausschläge auf der Haut von sehr bestimmter Form sich entscheidende Krankheiten, die zu derjenigen, welche das Contagium erzeugt hatte, sich gleichartiger verhalten. Denn weil der Krank-

heitskeim im Organismus selbst erzeugt worden ist, so steht er in einem näheren Verhältnisse zu demselben und überwältiget ihn leichter und in bestimmter Art.

Die **Malaria** leitet Dr. Cormac (Edinb. med. - surg. J. Oct. — N. Bd. 28. p. 305) von vegetabilischen Ursachen her und bestreitet durch Thatsachen die Ansichten Ferguson's (Vj. Prag. 2), der einen tellurischen Ursprung vertheidiget. Er sagt, es habe dieses Gift weder mit kohlensaurem Gase noch dem Schwefelwasserstoffe etwas gemein. Die chemische Analyse lässt uns im Stich. „Malaria ist das Resultat vegetabilischer Zersetzung unterstützt durch eine Temperatur von 80° Farenh.; unter 80° wird niemals Malaria.“ Sonne und Feuchtigkeit auf vegetabilische Überreste einwirkend, bringen Malaria hervor; *wie*, wissen wir noch nicht. — Steifensand (M. Bd. 62. p. 493) hält das Sumpfmiasma für etwas Belebtes, ohne sonst etwas Neues darüber mitzutheilen.

In Beziehung auf **allgemeine Therapie** stellt Dr. Roeser (A. Heid. Bd. 9 H. 4) den Satz auf: der Arzt soll nie medicamentös eingreifen, nur diätetisch verfahren; das Feld dieses Handelns sei gross genug.

Zur Statistik der Heilkunde. Aus einem Berichte des s. g. Lebensversicherungsbureau's in Pall - mall in London (G. L. — N. Bd. 29. n. 3) geht hervor: dass das Gesetz der durch gewisse Krankheiten (Beispiele von Schwindsucht, Asthma, Wassersucht, Rheumatismus, Leber- Herzkrankheiten, Nervenaffectionen) herbeigeführten Sterblichkeit ein ziemlich unveränderliches ist. — Der Massstab der Sterblichkeit kranker Personen beruhet auf weit zuverlässigeren Gesetzen, als die Sterblichkeit der Gesammtbevölkerung und die Schlüsse daraus.

Rücksichtlich der *Abnahme der Krankheiten durch die Zunahme der Civilisation* sucht Marx (III) folgende Sätze zu beweisen. 1. Den Bemühungen der Wissenschaft und der Mithülfe einer wahren allgemeinen Bildung gelingt es nicht nur Krankheitskeime zu tilgen, sondern auch die zur Entwickelung gelangenden in ihren ersten Grundbedingungen aufzuheben, oder diese zu beschränken, dass sie sich nicht zu erhalten oder fortzupflanzen vermögen. 2. Vermittelst der fortschreitenden Cultur nimmt nicht blos die Population überhaupt zu, sondern auch die Lebensdauer der Individuen wird länger, und die Störung ihres Wohlbefindens durch Krankheiten wird abgekürzt. Verheerende Übel des Alterthums sind innerhalb der Gränzen civilisirter Nationen nur noch dem Namen nach bekannt; mehrere Übel, welche das lebende Geschlecht gleichsam degenerirten, die Sinnesorgane und die Schönheit zerstörten, sind ihrem Erlöschen nahe, und Leiden, die als unerlässliche Folgen der körperlichen und geistigen Entwickelung, der bürgerlichen Gewerbe, der Be-

schäftigung, des Aufenthaltes angesehen wurden, werden durch Theorie und Erfahrung als fremdartige Eindringlinge erkannt und bekämpft. 3. Zur vollkommenen Gesundheit gehört durchaus eine Harmonie der körperlichen und geistigen Thätigkeiten; wahre Bildung versteht es am besten das rechte Mass kennen zu lehren und diejenige Richtschnur des Seins und Handelns vorzuzeichnen, welche allen Anforderungen genügt. 4. Die Schattenseiten des Culturstandes: widersinnige Ansprüche der Gesellschaft, Gebote der Convenienz und der Mode, durch Leidenschaften und Parteiungen in Bewegung gesetzte Triebfedern u. s. w sind in keinem Falle erheblich genug, um die Lichtseiten in Zweifel zu ziehen — (ja jene werden bei immer zunehmender echter Bildung immer mehr verschwinden). 5. Die Bevölkerung der Länder ist fortwährend im Zunehmen begriffen, während die Sterblichkeit der Menschen selbst abnimmt. 6. Geistesanstrengung begründet in *echter* Bildung führt nicht, wie behauptet wurde, zu vielen, namentlich Geistes-Krankheiten. Nicht Bildung, halbe Bildung (verkehrte Bildung) führt ins Irrenhaus, während im Gegentheile wahre echte Bildung vor Wahnsinn bewahrt, so wie sie auch gegen die Gebrechen der übrigen Sinne theils schützt, theils heilsam einwirkt. 7. Alle die herrlichen theils zur Verhütung, theils zur Heilung von Krankheiten bestimmten Institute wurden durch dieortschritte in der Cultur ins Leben gerufen. — 8. Fortschritte in der Cultur haben auch die verschiedenen trefflichen Einrichtungen, Gesetze, Verordnungen in staatsarzneilicher Beziehung begründet. 9. Die Erziehung ist sorgfältiger, die Kleidung zweckmässiger, Diätetik und Gymnastik cultivirter, kurz alle Anstalten der Neuzeit bei gesteigerter Cultur trefflicher. Zum Schlusse der Abhandlung hat Marx noch sämmtliche Krankheiten in Detail studirt und nachzuweisen gesucht, dass die meisten derselben, namentlich Scrofeln, Syphilis, Hypochondrie, Hysterie, Veitstanz, Lähmungen, Neuralgien, Croup, Typhus, gelbes Fieber, Pest, Ruhr, Wechselfieber, Skorbut, Aussatz, Menschenpocken an Zahl und Heftigkeit abgenommen haben. *Dr. Löschner.*

Pharmakologie.

Über das **Protojoduretum ferri,** welches von Dupasquier in der Lungensucht so sehr gerühmt wird, bemerkt Dr. Mialhe (Bull. gén. de therap.), dass es wohl nur in dem 1. Stadium dieser Krankheit nützlich sein mag, und dass es durch das Carbonas sodae der thierischen Säfte in unlösliches kohlensaueres Eisen, welches im Organismus zurückbleibt, und in lösliches Jodnatrium, welches durch verschiedene Wege, namentlich durch den Urin ausgeschieden wird, zersetzt

werde. Er glaubt daher, dass es besser sei, Jodkalium und Jodnatrium, welche Präparate weniger veränderlich sind, in Verbindung mit Eisenpräparaten anzuwenden. — Das von Dr. Paterson im J. 1843 anstatt des *Arg. nitricum* in Vorschlag gebrachte **Jodsilber,** färbt seinen wiederholten Beobachtungen (Dubl. med. press.) zufolge die Haut ganz und gar nicht und steht, wie es auch Dr. Kingley's Erfahrungen bestätigten, an Wirksamkeit dem Nitrate nicht nach. — In einem Falle, wo 8 Kinder derselben Familie an *Keuchhusten* litten, und den kleineren $1/8$ Gran (den grösseren $1/4$ Gran) 3mal des Tages in Pillen gereicht wurde, trat schon nach 4 Tagen eine auffallende Besserung ein. In der Epilepsie leistete das Mittel wenig oder gar nichts. In 2 Fällen von veralteter Leukorrhoee, in Verbindung mit Alaunwaschungen, bewirkte es Heilung, eben so in einer Neuralgia supraorbitalis, in einer Colica periodica und im schmerzhaften, hysterischen Leiden. — Die örtliche Application der *Jodtinctur* (rein oder bei empfindlicher Haut mit Spiritus verdünnt) wird von englischen Wundärzten (The Lancet. 1843. p. 689) gegen Erysipelas, Frostbeulen, Contusionen, Balggeschwülste, Hygroma patellae, entzündliche Kniegeschwulst, selbst gegen gichtische Glieder- und Gelenkschmerzen empfohlen. Man muss das Mittel mit einem weichen Pinsel zu wiederholten Malen auftragen. Barez (J. 1) soll in der Kinderklinik der Charité die Jodtinctur auf diese Weise gegen Coxarthrokace mit grossem Erfolge anwenden.

Eine *vortheilhafte Darreichungsweise der* **Magnesia** *als Abführungsmittel* ist nach Capitaine, Apotheker zu Guadeloupe (L' Experience. 1843. N. 338), folgende: *Rp.* Magnes. ustae 8 Gramm., Syr. simplic. oder Sacch. albi so viel als für ein Glas Wasser nothwendig ist, um eine dem Geschmacke angenehme Mixtur zu machen. Diese soll auf einmal genommen, zahlreiche, sehr leichte, breiartige Stuhlentleerungen ohne alle Schmerzen hervorbringen. Mialhe (Bull. de Ther.) empfiehlt folgende Bereitungsweise dieser Mixtur: *Rp.* Magnes. calcin. 8 Gramm., Syr. simplic. 80 Gramm., Aq. flor. aurant. 20 Gramm.; die Magnesia wird zuerst mit etwas Syrup gut gemengt, wenn das Gemenge vollkommen gleichmässig ist, der übrige Theil des Syrups und des Orangeblüthenwassers hinzugegeben. Mixturen, welche *Magnesia usta* enthalten, werden nach Versuchen von Gobley (J. de Pharm. et de Chir. p. 459) nach 24 Stunden so consistent, dass man nur schwer mit dem Finger hindurchdringen kann, wenn die Quantität des Wassers die der Magnesia nur um das Zehnfache übertreffe. Die mit 11, 12 oder 13 Theilen Wasser bereiteten zeigten oben auf noch etwas Flüssiges, konnten jedoch durch Schütteln nicht verflüssiget werden. Die mit 14 und insbesondere mit 15 Theilen Wasser bereitete Mengung wurde nach kurzem Schütteln

wieder flüssig. Ein verhältnissmässiger Zusatz von Zucker verlangsamt, wegen seiner wasseranziehenden Kraft, das Dickwerden und die Mixtur in folgendem Verhältnisse: *Rp.* Magn. ustae 8 Gramm., Syr. flor. aur. 30 Gram., Aq. commun. 87 Gram. bleibt stets flüssig. Die *Magnesia muriatica* hat Dr. Lebert (Av. gén. p. 448) als Purganz geprüft. Da das Mittel sehr leicht zerfliesst, so wendet man am besten den Liquor magnesiae muriaticae an, und zwar von 1½—3 Uncen p. d. mit gleicher Menge Wasser verdünnt. Es ist nicht unangenehm zu nehmen, belästiget den Magen nicht, steigert vielmehr die Esslust, macht auch keine Koliken und erzeugt in der genannten Gabe 3—5 Ausleerungen in 24 Stunden, welche in Zwischenräumen von einer bis drei Stunden erfolgen und meist dunkelgelb oder braun gefärbt sind, also vorzugsweise gallichter Art zu sein scheinen. — Wir besitzen zwar genug Abführmittel, dennoch wird uns jedes neue, welches sich durch eigenthümliche Vortheile vor den bereits bekannten auszeichnet, sehr willkommen sein.

Über den medicinischen Gebrauch des *kohlensaueren Gases* hat Nepple (J. de méd. de Lyon) Versuche in den Mineralbädern von Saint-Alban (Loire) angestellt, aus denen er folgende Resultate ableitet: 1) Das kohlensaure Gas kann ohne Gefahr in grosser Quantität absorbirt werden. (Bereits Leblanc hat bewiesen, dass reines kohlensaures Gas in einem Verhältnisse von 30 Proc. zu atmosphärischer Luft kaum Andeutungen von Asphyxie hervorbringt, während eine Mischung von 4½ Proc. der unreinen Kohlensäure, die durch Gährung oder durch Verbrennung von Kohlen erzeugt wird, rasch asphyktische Zufälle veranlasst.) 2) Die Kohlensäure wirkt auf die Gewebe nach Art der adstringirenden und austrocknenden Stimulantia, und bewirkt Besserung bei katarrhalischen, blennorrhoischen und atonischen Entzündungen, bei neuralgischen und spasmodischen Affectionen und bei Erschlaffung einzelner Organe, während im Gegentheil Phlegmasien mit Erethismus und mit erysipelatöser, glänzender, glatter und trockener Röthe verschlimmert werden. 3) Ihre Wirkung ist flüchtig; um dauernde Wirkung zu erlangen, muss die Anwendung häufig wiederholt und, wo es möglich ist, mit dem Gebrauche des Mineralwassers verbunden werden. 4) Bei Neurosen und intermittirenden Krankheiten muss man das Gas zu Anfang und während der Dauer der Paroxysmen anwenden. Die Wirkung ist um so kräftiger, je länger man den Kranken unter dem Einflusse einer Halbasphyxie erhält.

Ipecacuanha *in Salbenform* empfiehlt Dr. Hannay (J. I) zu Glasgow und zwar folgendermassen: *Rp.* Pulv. ipecac., Olei olivar. aa. Dr. 2, Adip. suilli Unc. ½, M. optime DS. 3—4mal täglich den kranken Theil 15—20 Minuten lang reichlich damit einzureiben und

dann mit Flanell zu bedecken. Die Salbe erregt nach 36 Stunden, oft auch schon früher eine grosse Menge kleiner Papeln und Blasen von unregelmässiger Form und Ausdehnung, die sich dann in Pusteln verwandeln und zusammenfliessen. Sie erregen Prickeln, aber keine eigentlichen Schmerzen, stehen drei Tage in voller Blüthe und vertrocknen dann, ohne jemals zu eitern. Sie hinterlassen daher auch keine Narben. Bei reitzbaren und schwächlichen Individuen können diese Einreibungen als ein wirksamer Hautreitz angewandt werden, und H. will davon offenbaren Nutzen bei Convulsionen und bei hydrocephalischen Affectionen der Kinder und bei chronischer Entzündung des Kniegelenkes gesehen haben. Im ersten Falle wurde die Salbe auf den geschorenen Kopf, im anderen auf das Knie eingerieben. — Bei Bereitung der **Veratrinsalbe** ist es nach Versuchen des Apothekers Sauvan zu Montpellier (Clinique de Mtp.) vortheilhafter gleich im Vorhinein essigs. statt reinen Veratrin anzuwenden, da sich ohnehin durch Zersetzung des Fettes eine dem ersten analoge Verbindung bildet. — Auch einige Ärzte sprachen sich in gleichem Sinne aus.

Die Rinde von **Cytisus Laburnum** glaubt Dr. Christison (The Edinb. med. and surg. J. 1843. p. 303) in Folge seiner bisherigen, obgleich noch nicht zahlreichen Versuche an Hunden, Katzen und Kaninchen unter die Acria narcotica reihen zu müssen. In Substanz erregte sie beim Menschen nach wenigen Minuten heftiges Erbrechen und Leibschmerzen, und hinterliess chronische Unterleibsbeschwerden.

Bei wiederholten Versuchen über *die Wirkung des* **Coniins** *auf das Blut* erhielt Prof. Hünefeld (B. Chem. Bd. 1. p. 461) ganz dieselben Resultate, wie er sie in seiner Preisschrift: Chemismus in der thierischen Organisation, Leipzig 1840, mitgetheilt hat. So wie etwas Coniin mit Blut gemengt wurde, wurde dieses zu einer schmutzig röthlich-gelben schmierigen Masse, die unter dem Mikroskope keine Blutkörperchen mehr erkennen liess, verändert. Beim Zusatze von salzsaurem Coniin blieb das Blut unverändert. Neuere Versuche zeigten aber, dass Serum und Eiweiss auf ähnliche Weise coaguliren; denn bringt man einen mit Coniin benetzten Glasstab in diese Flüssigkeiten, so entsteht an dem Stabe ein zähes Coagulat. Diese Eigenschaft theilt das Coniin mit dem Creosot, dem Terpentinöl, Fuselöl, bitteren Mandelöl (besonders stark) und einigen anderen aetherischen Ölen, während andere, wie z. B. Rosmarin-, Pfeffermünz-, Chamillen-, Baldrian-, Stein- und Citronen-Öl auf diese Weise keine Coagulation bewirken, und erst beim Zusatze von etwas Wasser und Schütteln

Coagulumartiges abscheiden. Eine mässig concentrirte Auflösung von getrocknetem Blute erleidet bald eine Verfärbung ins Gelbliche, Bräunliche, so dass auch der Blutfaserstoff verändert wird, und nach längerem Stehen ist das Blut verdickt. Das Coniin weicht also in diesen Reactionen von den andern Alkaloiden sehr ab, und nähert sich den aether. Ölen. H. fand die schon von Christison hervorgehobene grosse Schnelligkeit der tödtlichen Wirkung bestätiget. Dass Coniinsalze eine gleiche Giftigkeit zeigen, dass ein Tropfen Coniin ein grosses Kaninchen in wenig Minuten tödten kann, die Blutkörperchen und das Blut des oben gestorbenen Thieres aber keine Veränderung merken lassen, spricht nicht dafür, dass die Wirkungen der Gifte immer einen chemischen Grund haben. H. unterscheidet demnach Blut- und Nervengifte, je nachdem der Tod entweder durch die veränderte Blutbeschaffenheit, durch Vernichtung der Vitalität der Blutkörperchen oder durch Störung der nothwendigen Leitung des Nervenagens erzeugt wird.

Da die **Solutio arsenici Fowleri** nur tropfenweise gegeben, und bei raschem Übergange zu höheren Gaben dem Kranken leicht gefährlich werden kann, modificirte Devergie (Bull. de thér. Jul.) die Formel derselben in der Art, dass er statt Ars. alb. Kali carb. aa. 1 Gramme, nur aa. 10 Centigrammes auf 500 Grammes dest. Wasser vorschreibt und statt 100 nur 50 Centigm. Spir. angelic. comp. zusetzt. — Auf Befehl des Conseil gén. des hôpitaux, welches den zur Umgehung des Furcht einflössenden Arsenicalis vorgeschlagenen Namen Sol. de nicarsène nicht annahm, sondern das Praeparat *Sol. minérale de Devergie* nannte, wird noch so viel von der Cochenilletinctur hinzugefügt, dass die Flüssigkeit stark gefärbt wird. Man soll es nur nach Grammen vorschreiben, jede Gramme enthält 1 Tropfen der Fowler'schen Solution. — Auf ähnliche Weise wünscht Vf. die Tinct. cantharid., colchici, jodii u. s. w. umgeändert zu sehen, der bessern Anwendbarkeit wegen.

Die Inoculation des **Tartarus stibiatus** empfiehlt Dr. J. B. Debourge (G. H. 8). — Man bringt ein Pfötchen ($^1/_2$ — $1^1/_2$ dr.) von dem Emeticum auf eine Glasplatte und befeuchtet es mit Wasser oder Öl, gerade so, wie man die trockene Vaccine zur Anwendung vorbereitet. In dieses Gemisch, welches etwas dicklich sein muss, taucht man eine Lancette und macht dann mit dieser an dem auserwählten Orte die nöthige Anzahl von Einstichen. Diese Stiche entzünden sich bald, doch verschwindet die leicht pustulöse Entzündung rasch, wenn man die Pusteln nicht häufig, sorgfältig und durch einige Tage mit dem wässerigen und öligen Gemische bestreicht. D. bedient sich dazu eines Miniaturpinsels oder eines sehr kleinen Holzspatels und wiederholt früh und Abends durch 2—5 Tage, je nach dem vorgesetzten Zwecke, die Auftragung. Un-

erlässlich ist es, die ganze Oberfläche der Pusteln damit zu bestreichen. Auf diese Weise localisirt man die Pusteln, bestimmt ihre Zahl und Grösse genau und verhütet jedes zu starke Eingreifen.

Über die Bereitung und therapeutische Anwendung des **Zincum valerianicum** (valerianate de zinc.) berichten Muratori und Cerulli — (Bull. delle sc. med. — G. 4. p. 58). Die Darstellung dieses Salzes unterliegt keiner Schwierigkeit, wenn man sich früher Zinkoxyd und Valeriansäure im reinen Zustande verschafft hat. — M. erhielt es aber auch durch die doppelte Zersetzung von Sulfas zinci und Calx valerianica. Durch Filtration trennt man das lösliche valeriansaure Zink von dem unlöslichen schwefelsauren Kalk; die Lösung wird hierauf concentrirt, ohne die geringe Menge des Salzes, welches sich am Boden des Gefässes absetzt und grösstentheils schwefelsaurer Kalk ist, zu beachten. C. hat das Mittel in drei Fällen von Neuralgia supra- et infraorbitalis zu $1^1/_2$ Gran des Tags, in zwei Pillen vertheilt, mit Erfolg angewandt. Man lässt es im Augenblicke des Anfalles nehmen. Die Fortsetzung des Mittels in derselben Dose vollendete die Cur einmal in 30, einmal in 40, und einmal in 50 Tagen.

Zur Erprobung *der contrahirenden Kraft der* **Contrahentien,** in flüssiger Form angewendet, stellte And. Gottschalk in Cöln (Z. Ausl. Bd. 25. p. 160) folgendeVersuche an: Zehn gleich grosse Gefässe wurden mit gleich starken Mischungen (1 Drachme Substanz auf 14 Drachmen Wassers) von rohem Kupfer-, Eisen-, Zinkvitriol, Bleiacetat, rohem und gebranntem Alaun und (zum Vergleiche) mit roher Schwefel-, Salz-, Salpetersäure und Creosot gefüllt. Ein letztes Gefäss enthielt Wasser, wie es zu den genannten Mischungen gebraucht worden. Gleich grosse und dicke Stückchen getrockneten Darmes wurden an Stäben befestiget in die Flüssigkeit gebracht; ein letztes wurde als Massstab zurückbehalten. Eben so wurden gleich schwere frische Stückchen Kuhmilz, die durch Manipuliren dasselbe Volum annahmen, in die genannten Flüssigkeiten gebracht. Aus den nach 5 Tagen sichtbaren Erscheinungen zieht er nachstehende Folgerungen: 1. Die stärksten Contrahentien, Alaun, Bleiacetat, Eisenvitriol verlieren ihre contrahirende Kraft, wenn sie in flüssiger Form angewendet werden. 2. Indem die genannte Form der Contraction einerseits entgegensteht, bewirkt sie auf der andern Seite eine Lockerung der thierischen Substanz, dadurch leichtere Stoffaufnahme, Impraegnation, Verdichtung und Vergrösserung des Gewebes, weniger leichte Zerstörbarkeit desselben. Sie sind also dadurch der Maceration entgegen. Von der Salpetersäure gilt dieses nur zum Theil. 3. Die angewendeten Säuren, ausser der Salpetersäure, sind ohne alle contrahirende Eigenthümlichkeit, haben aber jene Eigenschaft, dass sie die

Gewebe dichter machen. — Zur Ermittelung der Wirkung der *pflanzlichen Contrahentien* brachte G. einerseits gleich grosse, trockene Darmstücke, andererseits gleich grosse Stückchen der frischen Hornhaut der Sclerotica und Conjunctivschleimhaut von Ochsen in gleich starke Decocte (eine Unce Substanz auf sechs Uncen Colatur) von Quercus, Ratanhiae, Tormentillae und Gallarum und die nach einigen Tagen (5 — 8) gewonnenen Resultate leiteten ihn auf folgende Schlüsse: 1) Keines der genannten Contrahentien, Adstringentien verdient diesen Namen, sobald es in einer Form angewendet wird, welche es hindert, den von ihm berührten Geweben ihren Wassergehalt zu entziehen. 2) Sie sind um so weniger contrahirend, als sie in Form der Flüssigkeit in die Gewebe leichter aufgenommen werden und dadurch zwar Verdichtung, aber auch Vergrösserung hervorbringen. 3) Sieht man von jenen Stoffen ab, welche wie Strychnin durch Action auf die Nerven Contraction hervorrufen, so besitzen wir als contrahirende Agentien nur sogenannte Exsiccantia, Refrigerantia. 4) Die verschiedenen Gewebe, so weit sie angewendet wurden, verhielten sich im Allgemeinen indifferent.

Zur Kenntniss **griechischer und türkischer Volksmittel** liefert Dr. H. Landerer in Athen (R. Phm. Bd. 33. H. 2) folgende weitere Beiträge. Gegen chronische intermittirende Fieber, gegen welche China und Chinin fruchtlos bleiben, werden in Griechenland von einigen Empirikern *Senfteige* auf die Finger applicirt, welche man so lange liegen lässt, bis eine Excoriation erfolgt. — Bei acuten Krankheiten, bei Nervenfiebern etc. wird von den Chirurgen das *Abschneiden der Nägel* an Fingern und Füssen strengstens verboten, weil sonst Recidive erfolgen sollen. — Um die Wirkung der *Vesicantien* längere Zeit zu unterhalten, braucht man in ganz Griechenland die Blätter der *Beta rubra vulgaris*, welche man Sesskulo nennt. Am Meeresstrande des Pyraeus, von Skopulo, Argos und anderen Orten findet sich die *Statice undulata*, deren Wurzel hier und da gegen Diarrhoee, Dysenterie vom Volke mit gutem Erfolge im Absud gebraucht wird. In der Umgebung von Karawasera an der Gränze von Griechenland hängen die Leute den Kindern die in Scheiben geschnittene Wurzel von *Asphodelus luteus* um den Hals, um sie vor verschiedenen ansteckenden Krankheiten, Verhexungen etc. zu schützen. — In ganz Griechenland hat das gemeine Volk die Meinung, dass die von hohlen Zähnen herrührenden *Zahnschmerzen* von einem darin lebenden Würmchen herkommen, und dass diese Schmerzen nur denjenigen Mitteln weichen, die den Zahnwurm zu tödten im Stande sind. Dahin rechnen sie den Branntwein und das *Teucrium Polium*, das man auch als tägliches Zahnpulver braucht. Für ein

vorzügliches Stomachicum, das man jedoch nur in Chios bereitet, gilt der *Mastixbranntwein*, den man durch Destillation des Mastix mit Weintrestern zu gewinnen pflegt. Man trinkt denselben in Chios gewöhnlich vor und nach der Mahlzeit; auch bei Magenleiden, Dyspepsie soll er sich sehr wirksam zeigen. Gegen den *Bandwurm*, an dem eine Menge Menschen leiden, wird die Wurzel von *Pteris aquilina* gesammelt. Man braucht sie im Absud zu 3 bis 4 Unc. pro dosi. Die Vorbereitungscur besteht in dem Genusse sehr gesalzener Speisen, gesalzener Fische, Sardellen, Caviar. Nach dem Trinken des Absudes wird die Momordica Elaterium gekocht und diese Abkochung getrunken. In den meisten Fällen geht der Bandwurm schon auf die 1. Dosis ab, und nur in seltenen Fällen soll man sich derselben Mittel zum 2. und 3. Male bedienen müssen. Das *Fett des Pelikans* steht sehr im Rufe zur Heilung von Brüchen und gegen alle chronischen Rheumatismen und Arthritis. In der Maina stehen auch die *Thierbäder* gegen rheumatische Schmerzen und Geschwülste sehr im Rufe; zu diesem Zwecke schlachtet man Lämmer, Böcke, Esel, und legt Stücke der getödteten Thiere auf die leidenden Theile, bis sie zu faulen beginnen. — Gegen Unterleibskrankheiten und Scrofeln sind *Taraxacum bulbosum* und *Cichorium Intybus* im Gebrauche. Sie werden in Decoct und in Form von Cataplasmen angewendet. — Als verdauungsbeförderndes Mittel ist *Eruca sativa* im häufigen Gebrauche. — Für ein die Sehkraft stärkendes Mittel gilt das *Fenchelkraut*. Diese Pflanze wird gesammelt, getrocknet und in Form von Kataplasmen auf die Augen gebunden. Es herrscht die Meinung unter dem Volke, dass die blindgeborene Schlange sich nach ihrer Geburt an der frischen Pflanze die Augen reibe und dann sehend werde. Viele Griechen wollen durch die Anwendung dieses Krautes bei geschwächter Sehkraft wirklich ausgezeichneten Nutzen verspürt haben. Gegen *Flecke der Haut*, Sommersprossen und im Allgemeinen zur Wiederherstellung verlorner Schönheit und zur Erhaltung derselben wird in den Serails von Konstantinopel eine Tinctur bereitet, womit man sich täglich das Gesicht waschen muss. Das Mittel besteht in einem destillirten Wasser von Myrten und Lorbeerblättern mit Mastix und Storaxbalsam. — Das Tragen des *Milchopals* als Amulet wird in Griechenland als ein Mittel zur Beförderung und Vermehrung der Milchsecretion angesehen. Will man das Kind abgewöhnen und die Milchabsonderung beschränken, so wird der Stein auf den Rücken gelegt, um die Milch nach anderen Organen zu leiten. — Gegen leichte Verwundungen der Kinder und besonders bei dem sogenannten *Aufliegen* der Kranken gebraucht man die *Myrtenblätter* in Form eines Absudes mit Wasser und Essig mit ausgezeichnetem Erfolge. — Auf einigen

Inseln des Archipels, besonders auf Zea, Thermia, Andros gebraucht man als sicheres Mittel gegen Rheumatismus, Arthritis und ähnliche Krankheiten ein *mit Pech bestreutes Lammfell.* Dieses wird bis zum Schmelzen des Wachses über freiem Feuer erwärmt, sodann aufgelegt und bis zum freiwilligen Abfallen liegen gelassen. Gegen *Aphthen* der Kinder wendet man auf einigen Inseln des Archipels, und auch in Rumelien einen *Wallnusshonig* an, den man aus den unreifen Wallnüssen bereitet. Man kocht die noch kleinen Nüsse mit Wasser und Wein und setzt hierauf Honig hinzu. Bei verschiedenen *entzündlichen Affectionen der Haut*, bei Rothlauf, Ausschlägen, Krätze, bei starken Kopfschmerzen in Folge starker Sonnenhitze gebraucht man zu Umschlägen die *sauer gewordene Milch*, als ein sehr kühlendes, erfrischendes Mittel. Man beschmiert damit die schmerzenden und entzündeten Theile, und wechselt diese Umschläge, so oft sie warm geworden. Bei einer erysipelatösen Entzündung des Gesichtes in Folge von starker Sonnenhitze überzeugte sich L. selbst von der guten Wirkung dieses Mittels. — Gegen die sogenannten *Leberflecke*, die sich sowohl bei Leber- und Milzleiden, als auch während der Schwangerschaft in starkem Grade zeigen, gebraucht man eine aus Kreide, Arsenik und Citronensaft bereitete Salbe, welche mit gutem Erfolge, und ohne nachtheilige Wirkung, auf die Flecke aufgetragen wird.

Um schnell **Blasen zu ziehen,** gibt Daug (G. H. 1843. n. 146) in ein gewöhnliches Uhrglas 9 — 10 Tropfen concentrirten Ammoniaks, bedeckt die Flüssigkeit mit einem Stückchen Leinwand, das von etwas geringerem Durchmesser ist als das Glas, und bringt diesen kleinen Apparat auf die, nöthigen Falles vorläufig geschorene Haut. Sobald man um das Glas herum einen gegen 2 Centimeter breiten rosenrothen Kreis bemerkt, ist die Blase gezogen. Oft genügen 30 Secunden, um zum Zwecke zu gelangen. Das übrige Verfahren nach Entfernung des Apparats, bleibt das gewöhnliche. D. nennt sein Mittel Vésicatoire à montre d'or (Uhrglasvesicator.)

Für die Bereitung des **Emplastrum cicutae** gibt Mouchon (J. de chim. méd. 1844. Jul.) folgende Formel: *Rp.* Butyri cacao rec., Cerae albae purae aa. part. 6. Olei cicutae p. 4. Liques. in B. M. adde Ext. alcoh. cicut. ptes. 16. Diese Formel, welche eben so gut für Opium, Squilla, Akonit, Digitalis, Safran, Sabina, wie für Cicuta, Hyoscyamus, Stramonium, Belladonna etc. passt, hat den Vortheil, dass sie die wirkende Substanz ohne alle reitzende Beimischung (Harz) enthält, für den Arzt leicht zu verschreiben und für den Apotheker bequem zu bereiten ist.

Das **Spinngewebe,** ein altes Volksmittel gegen Wechselfieber,

soll nach Versuchen italienischer Ärzte (Raccoglitore med. 1843 Mai) überdies bei allen Arten periodischer, anfallsweise eintretender Krankheiten von ausgezeichnetem Nutzen sein; so namentlich gegen Convulsionen und nervösen Kopfschmerz. Man gibt es in Pillen zu 10—12 Stück binnen 24 Stunden.

Als die beste Form zur Anwendung der **Pilulae ferruginosae Valletii** gibt Simon (B. Chem. 2. Bd. 1. p. 307) folgende an: *Rp.* Mass. p. f. V. *drachmam*, Pulv. (cujuslib.) qs. (gr. 10 — 15.) Mf. pilulae Nr. 30. — Jede Pille enthält einen Gran kohlens. Eisenoxyduls. — Für die *flüssige Form* (als Linctus) schlägt er folgende Formel vor: *Rp.* Mass. pil. ferr. Valletii *drachmam semis* — Solv. in Aqua dest. dr. 2., adde Syr. cujuslibet unc. $2\frac{1}{2}$, ut fiat linctus. DS. Umgeschüttelt theelöffelweise. (Ein Theelöffel voll enthält etwa einen Gran kohlensaures Eisenoxydul.) Für die Anwendung des Syrupus ferri jodatus gibt er folgende Vorschrift: 1. *Linctus. Rp.* Syrup. ferri jodati dr. $1\frac{1}{2}$ — simplic. unc. $2\frac{1}{2}$ MD. in vitro bene clauso. S. Theelöffelweise (ein Theelöffel = $1\frac{1}{2}$ Dr.) enthält $\frac{1}{2}$ Gr. Eisenjodur. Diese Form ist den beiden anderen vorzuziehen, indem sich so das Eisenjodur am längsten unzersetzt erhält. — 2. *Mixtur: Rp.* Syr. ferri jodati dr. $\frac{1}{2}$ — simpl. unc. Aq. destill. unc. $5\frac{1}{2}$ MD. in vitro bene clauso. Ein Esslöffel (= $\frac{1}{2}$ Unce) enthält $\frac{1}{2}$ Gr. Eisenjodur. — 3. *Pilulae. Rp.* Syr. ferri jodati *drachmam*, Rad. althaeae pulv. qs. (dr. 1 — 2) M. f. pill. Nr. 70 consperg. et dentur in vitro optime clauso. 5 Pillen enthalten 1 Gran Eisenjodur.

Den von Buchholz bereits aufgefundenen fünf Bestandtheilen der **Galanga - Wurzel**•(äther. Öl, scharfes Weichharz, Extractivstoff, Gummi und Bassorin) hat Vogel jun. (R. Phm. Bd. 33. H. 1) *zwei* neue hinzugefügt, nämlich Stärke, und zwar in ziemlich bedeutender Menge, und noch ein fettes Öl.

Zu einem wohlfeilen **Kanthariden - Taffet,** welcher auf der Haut gut anklebt, ertheilt Assess. Pripp (R. Phm. Bd. 33. H. 2) folgende Vorschrift: 4 Th. Tannenharz löse man bei gelinder Wärme in 6 Th. Terpenthinöl und digerire dann damit 3 Th. Kanthariden - Pulver. — Nach dem Auspressen des Rückstandes und Durchseihen dieses Kanthariden-Balsams wird derselbe auf gespannten Taffet gestrichen, welcher vorher auf der entgegengesetzten Seite mit Hausenblasenschleim präparirt ist, um das Durchschlagen zu verhindern. Das auf gleiche Weise bereitete Kanthariden-Papier kommt noch wohlfeiler.

Ein neues **narcotinfreies Opiumpräparat** wird nach Smith (Edinb. J. of med. sc.) bereitet, wenn man das durch mehrfache (7malige) Maceration und Pressung bereitete wässrige Extract (nachdem man es noch einmal eingedickt, mit Wasser ausgezogen, und wieder zur Syrup-

dicke eingedampft), so lange mit Aether als dieser noch etwas (Narcotin) aufnimmt, und dann eben so mit Alkohol digerirt, letzteren abdestillirt und den Rückstand in kaltem Wasser auflöset. Nach 2 — 3 Wochen Ruhe findet man am Boden des Gefässes eine ziemliche Menge fester Theile abgelagert; die Flüssigkeit wird von Neuem filtrirt und abgedampft und endlich mit einer entsprechenden Menge Weingeistes gemischt. Die Lösung ist klar, hat einen leichten, angenehm bittern Geschmack, verbindet sich mit wässerigen und spirituösen Flüssigkeiten in jedem Verhältnisse und bietet, gut bereitet, den Vortheil dar, dass sie durch langes Stehenbleiben nicht verändert wird, und aller fremden Materien, welche das im Handel vorkommende Opium enthält, ganz entlediget ist.

Eine sehr empfindliche und ganz specifische Reaction auf **Strychnin**, die Eug. Marchand (J. de Pharm. et de Chim. — aZg. 2) kennen lehrt, besteht darin, dass, wenn man eine kleine Menge Strychnin mittelst einiger Tropfen concentr. Schwefelsäure, welcher $^1/_{100}$ Gewichtstheil Acid. nitric. zugemischt ist, auflöst, und dann nur 1 Atom Bleiperoxyd beisetzt, augenblicklich eine wunderschöne blaue Farbe entsteht, welche rasch ins Violette, dann nach und nach ins Rothe und endlich nach einigen Stunden ins Hellgelbe übergeht. — Wenn man auf sehr kleine Quantitäten Strychnin agirt, so ist es, um die Reaction empfindlicher zu machen, vorzuziehen, einige Atome von Bleiperoxyd trocken mit dem organischen Alkali zu verreiben und erst auf diese Mischung einen Tropfen der säuerlichen Flüssigkeit fallen zu lassen. Man beobachtet bei dieser Weise sehr gut die oben beschriebenen Abstufungen der Färbung, selbst wenn man auf eine unwägbare Quantität z. B. auf $^1/_{1000}$ Gran operirte.

Dr. Reiss.

Balneologie.

Nach Blutverlusten und bei Anaemie hält Brück (W. 10) das **Driburger** Wasser für vorzüglich, und zwar nach Haemorrhagien unterhalb des Zwerchfelles meistens indicirt, nach Haemorrhagien oberhalb des Zwerchfelles meist contraindicirt. Ursprünglich toröse, namentlich phlegmatische, nicht an Haemorrhoidalkoliken leidende Reconvalescenten von Haemorrhoidalblutungen gewinnen, wie die Reconvalescenten von Melaena, auffallend an Blut und Kraft in Driburg nach dem alten Spruche: Eisen macht Blut. Bei übermässigen Verlusten der Generationssäfte (Blutentnervung) ist es ebenso vorzüglich als bei Fluor albus und nach Abortus; hingegen ist es bei carcinomatösen Processen ganz zu meiden; Reconvalescenten nach grossen Epidemien, Cholera, der Influenza, Typhus, intermittirendem Fieber, erholen sich in Driburg schnell. In Scrofeln und Rhachitis ist Eisen das Hauptmittel —

folglich auch Driburg passend; ebenso in atonischer Gicht, bei Katarrhen, bei Herzkrampf aus Anaemie. — In der Reconvalescenz nach Syphilis, dem Mercur.

Steben in Oberfranken ist nach Dr. Marc (C. B. 3) vorzüglich in Gicht und Neurosen heilsam. — Der Badebericht enthält eine kurze Aufzählung einzelner Fälle, wie Hemiplegie, Tabes dorsalis, Irritatio spinalis, Odontalgie, Cephalalgie, Uterinepilepsie, Hypochondrie, Hysterie, dann Chlorosis, Schreibekrampf, Somnambulismus u. s. w.

Die neu entdeckte Mineralquelle zu **Unter-Kostreinitz** im Cillier Kreise in Steiermark ist nach Dr. Kotsevar (W. Ö. 8) einer der vorzüglichsten alkalinischen Säuerlinge. Die chemische Analyse von Apotheker Nagy zu Samobor ergab in 16 Uncen: kohlensaures Gas 93,000 Wiener Kubikzoll, kohlens. Natron 80,750 Gran, kohlens. Eisenoxydul 0,625, kohlens. Talkerde 1,260, kohlens. Kalkerde 2,142, Chlornatrium 10,249, schwefels. Natron Spuren, Extractivstoff 0,100 Gr. Er enthält mithin um 11 Wiener Kubikzoll mehr kohlensaures Gas, um 62,150 Gran mehr kohlensaures Natron, um 10,089 Gran mehr salzsaures Natron, als der Rohitscher Säuerling, hingegen weniger kohlensauren Kalk und Eisenoxydul. — Die Brunnen sind immer gleich reichhaltig. — Das Wasser ist klar, bleibt es auch in offenen Gefässen, entwickelt eine Menge kleiner Perlen, ist geruchlos, von angenehmem, salzigem, prickelndem Geschmack; Veilchensyrup färbt es grün, Temperatur 11° R., specifisches Gewicht 1,015. Vorzüglich passt es daher bei chronischer Indigestion aus Übermass von Schleim und Säuren, träger peristaltischer Bewegung und Verschleimung der Gedärme, Anschoppung und Verhärtung der Leber und Milz, bei chronischer Gelbsucht, Scrofeln, Kropf, Bleichsucht, passiver Abdominalplethora, bei Haemorrhoiden, Hypochondrie und Hysterie; — ob bei Blennorrhoee, Lungentuberkeln, chronischen Hautausschlägen, Geschwüren, ist die Frage an die Erfahrung. — Auch kann es als Luxusgetränk statt der Potio Riveri, oder statt der Brausepulver benützt werden. Die Umgebung der Quelle ist jüngerer Flötzformation, Grobkalk und Thonschiefer vorherrschend; die Vegetation sehr zeitlich und schon mit Ende Februar üppig, die klimatischen Verhältnisse sehr günstig, die Gegend anmuthig. Von den 6 Quellen war eine einst schon benützt. — In einem Aufsatze *über den inneren Gebrauch der Thermalwässer* im Allgemeinen und der **Teplitzer** *Heilquellen* insbesondere, spricht Prof. Dr. Pleischl (W. Ö. 11) wiederholt den Wunsch aus, die Teplitzer Quellen auch innerlich zu gebrauchen, besonders in der Gicht und den ihr verwandten Krankheiten.

Das Werk des Dr. Fleckles über **Karlsbad** mit besonderer Rücksicht auf seine neueren Heilanstalten (VI) besteht aus einzelnen kleineren Aufsätzen; im ersten gibt er das über die Marktquelle Bekannte und berührt die noch bis jetzt nicht hinlänglich gekannte neue Trinkquelle „zur russischen Krone“, welche bei 17—18⁰ R. Temperatur im reichlichen Masse aus einem dunklen Felsengewölbe hervorquillt. Sie wurde früher nur zu Bädern verwendet. Zembsch arbeitet an einer chemischen Analyse. Fleckles hat die Quelle bei vollblütigen Personen, die an hartnäckiger Obstruction litten, angewendet und ähnliche Wirkungen wie vom Schlossbrunnen gesehen. Auch Referent hat sie zu wiederholten Malen an sich und Anderen in Anwendung gezogen und kann bestätigen, dass sie eine dem Schlossbrunnen ähnliche, aber schwächer wirkende Quelle sei. Im zweiten Aufsatze gibt Dr. Fleckles das über die Moorbäder in Karlsbad Bekannte an, würdigt jedoch ihre Heilwirkung einer grossen Aufmerksamkeit, und macht besonders Tumores und Indurationen zum Objecte ihrer Heilkraft, namentlich die Geschwülste der Leber und die Atrophie derselben, Gallen- und Darmsteine, chronische Hautausschläge, die Blennorrhoee verschiedener Organe, Weichselzopf, Scrofeln, Rhachitis, Ankylosen, Contracturen, Lähmungen u. s. w., und geht ihre Wirkungsweise in denselben durch. Zum Schlusse dieser Abhandlung als Belege einzelne Krankengeschichten von Gallen- und Darmsteinen, Polyorexie, Hysterie, Hypochondrie, Hypertrophie der Leber, Hepatalgie mit Gelbsucht als Folge derselben, Pseudoplica, endlich Plica mit Blutungen aus den Kopfhaaren. Sämmtliche Krankheitsgeschichten sind recht interessant, aber manche etwas breit, andere unvollständig erzählt. — Im 3. Aufsatze geht er die Gasbäder durch mit besonderer Rücksicht auf Ohren- und Augenleiden, gibt aber leider nichts Neues; — im 4. und 5. die neuen Sprudelbäder und das russische Schwitzbad im Dampfbadegebäude. — Im 6. theilt F. seine Erfahrungen und Beobachtungen über die Heilwirkung des versendeten Schlossbrunnens mit besonderer Bezugnahme auf die Vorzüge der Brunnencuren an den Curorten, die wir gerne unterschreiben, mit. Auch hier sind seine Ansichten über die Heilwirkungen mit Krankengeschichten belegt, und eine Brunnendiätetik angehängt. — Den letzten Aufsatz über den Gebrauch Karlsbad's im Winter erwähnen wir nur, da wir schon im 1. und 2. Quartal darüber gesprochen haben.

In Dr. Lucka's Werk über den **Kreutzbrunnen** (VII) begrüssen wir eine nicht unschätzbare Monographie, deren Werth besonders darin besteht, dass Lucka einfach, allenthalben klar und vom rein medicinischen Standpunkte aus geschrieben hat. Nicht minder zu loben ist, dass L. da, wo eigene Erfahrung ihn noch nicht vor etwaigem Irrthum

sichern konnte, die Erfahrungen anderer, mit wenigen Ausnahmen bewährter Männer, sprechen lässt. Die Auffassung der einzelnen Bestandtheile des Kreutzbrunnens als Heilmittel, so wie die Auseinandersetzung der Wirkungen des Ganzen auf den gesunden und kranken Organismus ist gut angelegt, nur hätten wir (was wir bei allen balneologischen Schriften der Neuzeit bedauernd vermissen) gewünscht, dass überall streng nach dem neuesten Standpunkte der Medicin (in Physiologie, Chemie, wie in Pathologie) die Erklärungsweise der Wirkungen im Allgemeinen und Speciellen gegeben worden wäre; — denn gerade Mineralwässer sind es, deren Wirkungsweise auf den Organismus uns nach den neuesten Leistungen am klarsten dargethan werden kann. Auch wäre dies nicht ohne bedeutenden Einfluss auf die Gesammtmedicin und namentlich die Balneologie. Die Indicationen würden schärfer hervortreten, die Brunnen-Mysterien vollends chwinden und sich ganz einfach naturhistorisch erklären lassen, worüber man dynamisch-hypothetisch sich den Kopf zerbricht und doch nicht klar wird. — Mit Vergnügen lasen wir nebst der genauen Würdigung der Constitutionen und Krankheitsanlagen, für welche es namentlich passe, den vom Verfasser besonders hervorgehobenen Satz: „Marienbad sollte als Prophylakticum d. h. als ein Mittel, welches so vielen *werdenden chronischen Übeln* vorzubeugen ganz besonders geeignet ist, weit öfter angewendet werden, als dieses bis jetzt geschah.“ Dies sollte besonders geschehen, so lange der pseudoplastische Process, wenn auch localisirt, noch kein Organdestruirender geworden ist. Bei den Indicationen ist L. nicht mit Unrecht manchmal etwas zu breit geworden, um theils eingewurzelte Vorurtheile, theils grosse Fehler in der Lebensweise zu rügen u. s. w. Der Abschnitt über Haemorrhoiden und Gicht ist gut. Nur hätte, wie überall so auch hier den Indicationen die neueste pathologische Erkenntniss der Krankheiten und ihrer Entstehung zu Grunde gelegt werden sollen. Wir müssen uns demnach jedes Auszuges enthalten, indem wir immerwährend kritisirend verfahren müssten. Das letzte Capitel: „Der Kreutzbrunnen in seinem Verhalten su den übrigen Heilmitteln Marienbads nebst einer flüchtigen Darstellung derselben“ ist wirklich gar zu flüchtig.

Dr. Palliardi's 2te Auflage seiner Schrift über *die Mineralmoorbäder zu* **Franzensbad** (VIII) enthält nichts Neues in naturhistorischer und medicinischer Beziehung; — Dr. Müller's Broschüre über das **Püllnaer** *Bitterwasser* (IX) ist übersichtlich gut geschrieben, nur würden wir nicht alles darin Enthaltene unterschreiben.

Aus Grienwald's Schrift über **Pierawart** (X) theilen wir die chemische Analyse der nahe bei Wien gelegenen und in neuerer Zeit mehr besuchten Quelle von Dr. Kainzbauer mit:

In 16 Unzen:

Schwefelsauerer Kalk	3,211	Gran
Schwefelsaueres Natron	1,538	„
Schwefelsauere Bittererde	1,275	„
Chlornatrium	1,712	„
Chlormagnesium	0,517	„
Kohlensauerer Kalk	1,216	„
Kohlensaueres Natron	2,910	„
Kohlensaueres Eisenoxydul	0,741	„
Kohlensaueres Manganoxyd	0,084	„
Thonerde	0,092	„
Kieselerde	0,517	„
Verlust	0,047	„
	13,860	Gran.
Freie Kohlensäure	1,983	Kubikzoll.

Die Quelle steht demnach in Bezug auf die Menge der fixen Bestandtheile und den Gehalt der freien Kohlensäure Spaa, Pyrmont, Driburg, Franzensbad u. s. w. nach, übertrifft jedoch dieselben an *Eisengehalt.* Sie gehört ihrer Zusammensetzung nach zu den erdig-salzigen Eisenwässern, und findet wie diese ihre Anwendung. — Etwas unangenehm ist der Geruch des frischgeschöpften Wassers nach Hydrothiongas. Specifisches Gewicht 1,00599. Menge des Wassers in einer Stunde 964 Mass, das Wasser selbst klar, perlend, 11^{0} Cels. bei jeder Temperatur der Atmosphäre. Über Anzeigen und Gegenanzeigen haben wir nichts Neues aus Grienwald's Schrift erfahren. Weitläufig sind der diätetische Theil und die übrigens nicht gerade ausgezeichnet naturschönen Umgebungen Pierawart's durchgenommen. *Dr. Löschner.*

Toxikologie.

Bei Vergiftungen mit löslichen **Quecksilber-, Kupfer-** und **Bleisalzen**, insbesondere mit Sublimat, Grünspan und Bleizucker, ist, so lange noch keine Resorption eingetreten, nach Sandras und Bouchardat's (Bull. de thér.) zahlreichen Versuchen an Thieren das fein zertheilte metallische Eisen oder das frisch gefällte Schwefeleisen von nicht minderer Wirksamkeit als das Eisenoxydhydrat bei Arsenikvergiftungen. Das Erbrechen hörte immer sehr bald auf und die Thiere genasen schnell. Gleich günstigen Erfolg hatte auch Zinkpulver, so wie ein Gemenge von Zink- und Eisenpulver; doch sind grössere Gaben davon nicht so ganz unbedenklich zu geben. Vor allen dürfte das an und für sich unlösliche und ganz unschädliche Schwefeleisen statt der vielempfohlenen alkalischen Sulfuride, die zwar das Metall als unlösliche

Schwefelverbindung abscheiden, aber wegen der Bildung von Doppelverbindungen häufig unwirksam und nicht immer ohne Gefahr sind, Berücksichtigung verdienen. — Die Vergiftungszufälle, die neuerdings öfters durch Mixturen, die gleichzeitig Kalomel und Aq. laurocerasi enthielten, hervorgerufen wurden, leitet Mialhe (Bull. de thér. Fevr.) von der Bildung von Cyanquecksilber ab.

In Betreff der **Bleivergiftung** theilten Flandin und Danger (G. H. 13) der Akademie als Resultate ihrer Untersuchungen folgende Schlüsse mit: 1) Im menschlichen Körper findet sich im Normalzustande kein Blei; 2) die Symptome und insbesondere die Merkmale am Cadaver, welche die Bleivergiftung erzeugt, haben einen ganz eigenen Charakter; 3) ist der Tod die unmittelbare Folge der Ingestion des Giftes, so findet man das Blei in dem Cadaver eben so sicher, wie man Arsenik, Antimon und Kupfer findet. Vorzüglich muss man das Metall im Darmcanale, in der Leber und Milz, in den Nieren und Lungen suchen; hingegen findet man es nicht im Blute, Herzen, Gehirn, in den Muskeln und auch nicht in den Knochen. Ihrer Erfahrung nach braucht man nur 48 bis 60 Grammen Leber, um darin die deutlichen Spuren eines giftigen Bleipräparates zu finden. 4) Das zuverlässigste Verfahren, welches die V. zu diesen Resultaten führte, ist, eine kleine Modification abgerechnet, dasselbe, welches sie zur Aufsuchung des Arseniks, Antimons und des Kupfers vorgeschlagen haben; 5) dem Kupfer entgegengesetzt wird Blei absorbirt und durch den Harn ausgeschieden; 6) die Absorption des Giftes geschieht vorzüglich durch die Pfortader, daraus erklärt sich der Umstand, warum man es in so grosser Quantität und nach Einigen fast ausschliesslich in der Leber findet; 7) geschieht die Vergiftung durch die Haut, so wird das Gift vorzüglich von den subcutanen und submucösen Lymph- und Blutgefässen resorbirt, das resorbirte durch eine Art insensibler Perspiration im Darmcanale ausgehaucht, und nun durch Erbrechen oder Stuhlgänge ausgeleert oder durch das Pfortadersystem von Neuem resorbirt, als wenn es dem Magen einverleibt worden wäre. Dieser Absorptionsweg des Giftes von der Haut aus dürfte den viel mit Blei und Kupfer Arbeitenden als Prophylaxis fleissige Waschungen, Seifen- und Schwefelbäder empfehlen. 8) Bei einer gerichtlich medicinischen Untersuchung muss man bestimmte Organe, κατ᾽ ἐξοχὴν die Leber, nicht indifferent alle Theile des Cadavers wählen. In gewöhnlichen Fällen ist der 10te Theil dieses Organes (etwa 500 Grammen) dazu hinreichend. Man gestattet dadurch der Justiz das Mittel, die erste Untersuchung controlliren oder dieselbe so oft als nöthig wiederholen zu lassen.

Über den seltenen Fall einer *Vergiftung durch* **Butyrum antimonii**, welches man durch Versehen als Brechmittel anstatt Vinum

antimonii einem Knaben von 10 Jahren gegeben hatte, berichtet Houghton (Lancet. — E. 1843. 10. p. 146). Nachdem etwa ein Kaffeelöffel davon in einer Tasse Wasser gereicht worden war, entstand Ekel und durch einige Momente Aphonie: es stellte sich Brechen ein, bald aber waren die Brechbestrebungen vergeblich. Zwei Stunden darauf fand H. folgende Symptome: Das Gesicht war blass und entstellt, die Augen lagen tief in ihrer Höhle, die Pupillen waren erweitert und unbeweglich; die Haut blass und kalt; die Zunge rein, der Mund voll von einem dikken, visciden und durchsichtigen Schleime, Üblichkeiten und Erbrechen; Puls 80, klein, jedoch rhythmisch; die Respiration erschwert. Der Knabe war schläfrig, aber bei vollem Bewusstsein und klagte über einen heftigen, brennenden Schmerz im Schlunde, der durch Schlingbewegungen vermehrt wurde und sich, obwohl mit geringerer Intensität, bis in den Magen fortpflanzte. H. reichte Milch-Kaffee, Eiweiss und eine Mixtur aus Wasser und Kalk; legte 8 Blutegel ans Epigastrium, und verordnete warme Umschläge auf den ganzen Körper. Den folgenden Tag war das Gesicht geschwollen, der Mund noch voll Schleim, noch kein Stuhl; die Haut war warm und trocken, der Puls frequent, die Schläfrigkeit war verschwunden, Schmerz war nur blos noch im Schlunde, Unterleib ganz frei; der hintere Theil des Mundes war mit lichtrothen Flecken besetzt. H. ordinirte eine Emulsion aus Ricinusöl, Fomentationen um den Hals, Einhauchung wässeriger Dünste und ein einfaches Gargarisma. Tags darauf waren alle krankhaften Symptome verschwunden.— Die löslichen *Antimonialsalze* werden von den verschiedenen Organen, insbesondere von der Leber aufgesogen, wie zuerst Orfila erkannt, Danger und Flandin bestätiget haben. Dasselbe gilt jedoch nicht von den *unlöslichen Antimonialsalzen*, wie Bonjean (G. 7. p. 106) durch die genaue Untersuchung einer Stutte, die, nachdem man ihr 6 Uncen Kermes binnen 10 Tagen beigebracht hatte, an einer Pneumonie starb, nachgewiesen hat. Er zieht daraus folgende Schlüsse; 1. **Kermes** selbst in grossen Gaben innerlich gereicht, wird nicht aufgesaugt. (In der Schleimhaut des Magens, der Dickdarme, im Muskelfleische des linken Schenkels, im Gehirn, in den Nieren, der Leber, den Lungen, im Herzen, im Blute aus dem Herzen oder aus den Gefässen der Unterleibshöhle, im Urine, der in den letzten Tagen der Krankheit gelassen wurde, war auch nicht eine Spur davon zu entdecken.) Wahrscheinlich gilt dasselbe von allen unlöslichen Compositionen dieses Metalles. 2. Bei einer Vergiftung durch ein unlösliches Antimonialpräparat muss man demnach das Gift vorzüglich in dem Ausgebrochenen, so wie in den im Magen und in den Gedärmen sich vorfindenden Stoffen aufsuchen. (Nach Behandlung des am Tage vor dem Tode des Thieres gesammelten

und dann verkohlten Kothes mit verdünnter Hydrochlorsäure erhielt B. aus der filtirten, concentrirten und im Marsh'schen Apparate geprüften Flüssigkeit zahlreiche Antimonflecke.) Hat jedoch der Kranke die Vergiftung einige Tage überlebt, so kann es geschehen, dass man keine Spur des Giftes findet, indem es dann unmittelbar mit den Faeces entleert worden ist. 3. Bei der Verkohlung der organischen Stoffe, in denen man eine Antimonialcomposition sucht, scheint ihm unter allen Umständen die Anwendung der Schwefelsäure allein hinreichend zu sein; dieses Verfahren ist zugleich das leichteste, schnellste und mindest kostspielige unter allen denen, die man bisher vorgeschlagen und angenommen hat.

Eine absichtliche *Vergiftung durch* ($7^1/_2$ Grammes) **Oxalsäure** beobachtete Lemple v. Islington (The Lancet. — E. 1843. 10) bei einem Mädchen von 23 Jahren. Ehe er herbeigekommen war, hatte die Pat. bereits mehrmal biliöses, mit Blutgerinseln gemischtes Erbrechen gehabt. Ihre Physiognomie war niedergeschlagen, ohne Leben, die Augen geschlossen, der Puls klein und häufig. L. liess der Kranken, die sonst über keine bedeutenden Schmerzen klagte, einstweilen eine Pasta liquida aus Wasser und Kreide nehmen und schickte sogleich um eine Sol. gelatinosa mit Magnes. carb., die besonders beim Anfalle brennender Schmerzen im Munde und Schlunde dargeboten wurde. P. erbrach hierauf eine grosse Quantität fast schwarzen mit wenig Galle gemischten Blutes. Nach Wiederholung des Medicaments hörte das Erbrechen auf und die Besserung fing an. Abends um $7^1/_2$ Uhr schien P. etwas schläfrig und klagte über heftige stechende Schmerzen im Epigastrium, die paroxysmenweise auftraten, und ein starkes Geschrei auspressten. Der Schmerz wurde durch Druck vermehrt; die Zunge war rein und feucht, der Puls mässig voll, schlug nur 32mal die Minute; der Durst war stark; das Erbrechen hatte aufgehört, den ganzen Tag hindurch war kein Stuhlgang erfolgt; die Respiration war frei. L. liess 12 Blutegel in die Regio epigastrica setzen und verordnete zum inneren Gebrauch: Kalomel (25 Centigr.) und Opium (25 Milligr.) in einem Löffel Zuckerwasser; ferner: Sulfat. magnesiae 24 Grammes, Infusi sennae 180 Gramm., Syrupi Zingiberis 15 Gramm. Alle 4 Stunden 2 Esslöffel. Den 12. April war P. vollkommen hergestellt. L. warnt hier vor der Darreichung von viel Milch oder Wasser, wie ältere Ärzte empfohlen; da hierdurch die Oxalsäure aufgelöst, und leichter resorbirt werde.

Eine *Vergiftung durch* **Laudanum** beobachtete derselbe Lemple (Lancet. — E. 1843. 10. p. 147) bei einem Mädchen von 19 Jahren, die 45 Gramm. davon auf einmal genommen hatte. Schon nach $1^1/_2$ Stunde zeigte sich die der Opiumvergiftung zukommende Neigung zum Schlaf.

doch antwortete Pat. noch richtig, obschon ganz kurz, auf die gestellten Fragen. L. reichte ein Brechmittel aus 4 Gramm. Sulfas zinci, spritzte dann mittelst der Magenpumpe eine grosse Menge warmen Wassers in den Magen, welches unmittelbar wieder sammt dessen Inhalte entleert wurde, und liess die Kranke ungeachtet ihres Sträubens und ihrer grossen Hinfälligkeit im Freien von zwei Männern herumführen. Drei Stunden nach der Vergiftung war die Schläfrigkeit und Hinfälligkeit am stärksten; die Füsse vermochten den Körper nicht mehr zu tragen, so dass man sie förmlich schleppen musste. Auf die vorgelegten Fragen antwortete sie mit lauter Stimme, fiel jedoch sogleich wieder in den Zustand der Betäubung zurück. Sie klagte über Kopfschmerzen und Schwindel; die Pupillen waren sehr zusammengezogen, nicht grösser als ein Stecknadelkopf und gegen das Licht völlig unempfindlich, der Puls nicht zu fühlen, die Extremitäten kalt. Man reichte starken schwarzen Kaffee, reitzte die Nasenschleimhaut durch kaustisches Ammonium, das Ohr mit einer Feder und suchte überhaupt durch Kneipen und andere unangenehme Eindrücke den Schlaf zu verhindern. Unter Anwendung dieser Mittel erschien nach 2 Stunden der Puls wieder und der Sopor wurde etwas geringer. Sinapismen wurden nun auf die Waden gelegt. Neun Stunden (nach der Vergiftung) trat eine sichtbare Besserung ein. Den anderen Tag klagte P. blos noch über etwas Schläfrigkeit und Kopfschmerz, die Pupillen waren normal, die Zunge etwas belegt, die Stuhlverstopfung dauerte noch fort, der Puls zählte 100 Schläge in der Minute. 30 Gramm. Magnesia, in 2 gleiche Theile getheilt, dargereicht, besserte den Zustand so, dass P. nach einigen Tagen völlig geheilt entlassen wurde.

Eine *Vergiftung durch* **Akonit** hatte sich ein 35 Jahre alter, kräftiger Apotheker in Lyon zugezogen, der aus Versehen Abends um $8\frac{1}{2}$ Uhr von einem sehr starken Infusum spirituosum des frischen Krautes ungefähr 10 Gramm. verschluckt hatte. Sogleich empfand er ein Brennen und Zusammenziehen im Schlunde, grosse Angst, Unruhe und Übelkeiten. Ein genommenes schwaches Brechmittel erzeugte nur unvollkommenes Erbrechen, $1\frac{1}{2}$ Stunde darauf fand Dr. Devay (G. p. 12) den Kranken in grosser Unruhe, aber bei vollem Verstande und ungestörten Sinnesfunctionen; die Zunge war weiss belegt, keine Kolikschmerzen; die unteren Extremitäten zitterten und waren in beständiger Bewegung, so dass Pat. nicht stehen noch sitzen konnte, sondern herumgehen musste. D. verordnete ein starkes Brechmittel aus 0,15 Gramm. Brechweinstein, 1 Gramme Ipecacuanha-Pulver und 125 Gramm. Wasser. Nach 7 bis 8 Minuten erfolgte reichliches und wiederholtes Erbrechen. Um 11 Uhr war der Kranke bereits von Convulsionen gequält und so schwach, dass

er sich nicht mehr aufrecht erhalten konnte; die oberen und unteren Gliedmassen waren etwas nach einwärts gekrümmt, die Finger fest an die Handballen gedrückt, die Daumen eingezogen; Erschütterungen wurden nicht beobachtet. Das Gesicht war mit kaltem klebrigen Schweisse bedeckt; die Augen nach aufwärts gedreht, an den Radial- und Temporal-Arterien war kein Pulsschlag mehr zu fühlen. Dieser fürchterliche Zustand dauerte etwa 3 Minuten; dann trat Remission ein, wobei der Unglückliche seine Todesangst ausdrückte und zu erkennen gab, dass er noch beim Bewusstsein aber völlig erblindet sei. Nach Mitternacht, wo der Zustand von Angst, Krampf und Ekel noch andauerte, verordnete man eine Auflösung von 0,15 Gramm. Brechweinstein und 12 Grammen schwefels. Natron in 150 Grammen Wasser; worauf wieder öfteres und reichliches Erbrechen eintrat, eine Viertelstunde dauerte, doch keine Erleichterung verschaffte. Auch wurden Klystire aus 16 Gramm. Glaubersalz mit etwas Vinum emeticum und Essig mit Wasser verdünnt in kleinen Dosen gegeben. Eine Stunde nach Mitternacht schloss der Kranke unter fortdauernden Krämpfen die Augen; die Haut wurde eiskalt, die Gesichtszüge verfielen; die Athemzüge wurden röchelnd, der Kopf stark nach rückwärts gezogen, die Gliedmassen krachten bei den Krampfanfällen und der Unglückliche lag im Todeskampfe unempfindlich und pulslos. Inzwischen bedeckte man Brust, Rücken, Schenkeln etc. mit sehr grossen Sinapismen; nur die Bauchgegend, wo noch ein Rest von Wärme war, liess man frei. Innerlich reichte man eine Auflösung von 3 Grammes Jodkalium, und 0,10 Gramm. Jod in 250 Grammen Wasser. Nach 3 Stunden begann endlich eine Reaction: die Herz- und Pulsschläge wurden allmälig fühlbar und die Haut warm; es folgte noch von Zeit zu Zeit Erbrechen; der Kranke klagte über nichts. Man reichte ihm ein starkes Infusum menthae et melissae mit Spiritus Mindereri; zugleich bestrich man den Rumpf und die Gliedmassen mit einem stark gewärmten Biegeleisen. So wurde die Haut nach und nach wärmer und bedeckte sich mit reichlichem Schweisse; die Gesichtszüge stellten sich wieder her und um 4 Uhr zählte man 125 Pulsschläge, während sich zugleich auch die Respiration besserte. Um 6 Uhr begann Pat. etwas zu schlummern und klagte nach dem Erwachen über allgemeine Abgeschlagenheit. Die durch ein Klystir abgehenden Faeces waren schwärzlich und sehr stinkend. — Die Genesung folgte so schnell, dass Pat. schon den 2. Tag das Bett verlassen konnte; als Nachwirkung bemerkte man nur einen Ausdruck von Stupor im Gesichte. Dieser Fall von Akonitvergiftung bietet von den bisher beschriebenen manches Abweichende dar. D. unterscheidet 3 Perioden der Toxikation: 1. die Prodromi, welche sich durch Unruhe und eigenthümliche Beweglichkeit

auszeichneten und beiläufig drei Stunden dauerten, bis sie in das zweite (s. g. nervöse) Stadium übergingen, welches sich bis zum convulsiven steigerte. Der Zustand von Bewusstlosigkeit, den die Toxikologen unter den Symptomen der Akonit-Vergiftung nennen, konnte in dem mitgetheilten Falle nicht beobachtet werden. In einer Art von Betäubung befand sich der Vergiftete allerdings zeitweise, allein er erwachte daraus wieder, um nach Hülfe zu rufen. Er schloss die Augen und liess den Kopf sinken, darauf folgten aber bald wieder Bewegungen, gleichsam Erschütterungen, wie bei Personen, die auf einem Stuhle einschlafen. Während dieser Nervenerschütterungen war er in Gefahr rückwärts zu fallen. Das 3. Stadium dieser Vergiftung (das Cholera- oder Kälte-Stadium) war ein wahrer Todeskampf: der kalte klebrige Schweiss auf der Stirne, das Aufhören des Herz- und Pulsschlages, kurz alle diese Symptome des nahen Todes bewiesen, dass ein Theil des Giftes absorbirt sei und die Lebenskraft bedrohe. D. schreibt dem reichlichen Erbrechen und den später dargereichten erregenden Mitteln die Rettung zu, insbesondere den sehr grossen Sinapismen (Sinapismes monstres), die stets erneuert wurden. Ob Jodkali und Jod, die nach Bouchardat's Empfehlung gereicht wurde, etwas Besonderes geleistet habe, ist schwer zu entscheiden, doch in so dringenden Fällen ist selbst die Anwendung eines noch zweifelhaften Mittels, wenn es auf keine Weise schaden kann, mit Recht zu entschuldigen.

Zwei *Fälle von Vergiftung durch* **Kanthariden** beschreibt Dr. Canella (G. med. di Milano n. 5). Ein 80jähriger Priester trank mit einem 60jährigen Messner aus Versehen eine zum äusseren Gebrauch bestimmte, aus einer halben Unce Kantharidentinctur und 6 Uncen Alkohol bestehende Mixtur aus. Der Erstere, welcher den grösseren Theil getrunken hatte, bekam Ekel, Erbrechen, Sodbrennen, Harnzwang, Blutharnen, heftige Schmerzen in den Gedärmen, Diarrhoee mit Brennen am After. Acht Stunden nach genommenem Gifte entstand ein schmerzhafter Priapismus und heftiges Fieber. Durch die Anwendung von Kampher, diluirenden Getränken, Klystiren, Blutegeln und Halbbädern wurde der Geistliche binnen 10 Tagen vollkommen hergestellt. — Der Messner bekam Schmerzen im Magen, Ischurie, aber keinen Priapismus. Sieben Stunden nach der Vergiftung entwickelte sich eine heftige Glossopharyngitis mit zusammenschnürenden Schmerzen im Schlunde, Unmöglichkeit zu sprechen und drohender Gefahr zu ersticken. Durch die unverzügliche Anwendung der streng antiphlogistischen Methode gelang es auch diesen Pat. herzustellen. Einen dritten Fall, der durch Spirituosa geheilt wurde, erzählt Dr. Podrecca (G. H. 17). Ein junger Mann von 32 Jahren, stark gebaut, gewöhnlich gesund, hatte speisend mit

seinen Freunden beiläufig ein Gramme Kantharidenpulver, welches man aus schlechtem Scherze seinen Speisen beigemischt hatte, zu sich genommen. In der Nacht wurde ihm unwohl, er empfand Schauer und bedeutende Schwäche. Diese Symptome nahmen schnell zu, so dass der Kranke um Hülfe ruft. Die herbeigeeilten Freunde erschracken und gaben ihm Milch, Limonade und andere lindernde Getränke, doch der Zustand wird schlimmer: es zeigen sich starke Blasenschmerzen, öfteres Drängen zum Uriniren mit unerträglichem Tenesmus, allgemeine Prostration der Kräfte und Lähmung der unteren Gliedmassen, Unmöglichkeit zu uriniren etc. Des Morgens kommt P. mit noch zwei anderen Collegen und findet den Pat. in folgendem Zustande: das Gesicht cyanotisch, die Augen hohl und von einem schwarzen Kreise umgeben, ausserordentliche Präcordialangst, rauhe Stimme, übermässige allgemeine Abgeschlagenheit, Kälte am ganzen Körper, besonders an den Extremitäten, fadenförmiger Puls, kalte Schweisse, Spuren von leichtem Priapismus in Intervallen, Schmerz im Epigastrium. Da P. eine Hypersthenie im höchsten Grade vor sich sah, liess er den Pat. in kleinen Dosen und in kurzen Zwischenräumen 120 Grammen *Aqua canellae* mit 4 Grammen Laudanum, und $2^1/_2$ Kilogr. starken Wein trinken. Die Besserung war schnell, schon den anderen Tag war alle Gefahr verschwunden. Der Urin blieb 36 Stunden unterdrückt; das Zittern und die Schwäche der Glieder dauerte lange und die Reconvalescenz war langwierig, doch die Heilung unter Fortsetzung der genannten Mittel zu mässigen Gaben vollkommen.

Dr. Reiss.

Blutkrankheiten.

Die Lehre von der *Aufnahme fremder Bestandtheile ins* **Blut,** erhielt durch Dr. Cozzi (Giorn. per servire ai progressi. — G. H. 1) einen erwünschten Beitrag. Dieser wurde in einem Falle von Colica saturnina beauftragt, eine bestimmte Menge aus der Vene gelassenen Blutes zu analysiren, um zu ermitteln, ob sich darin nicht etwa Bleioxyd oder Bleisalze vorfänden, und wenn dies der Fall wäre, ob dieselben an alle Blutbestandtheile unmittelbar, oder nur an einige davon gebunden seien. Nach genauen Untersuchungen fand nun Cozzi wirklich im Blute ein Salz und ein Oxyd jenes Metalls, die an das Eiweiss allein gebunden waren. Diese Analyse, die der Theorie eines Schübler, Berzelius, Lassaigne und Taddei entspricht, ist die erste, die uns bekannt macht, mit welchem Bestandtheile des Blutes das Bleimetall unmittelbar in wirkliche Verbindung tritt.

Die Resultate, welche aus den von Andral, Gavarret und Simon angestellten Untersuchungen mit dem Blute **Chlorotischer** vor und nach dem Gebrauche von Eisenmitteln auf eine so übereinstimmende Weise erhalten wurden, finden eine neue Bestätigung in den Untersuchungen, welche kürzlich Herberger (R. Phm. Bd. 29 — B. Chem. Bd. 1. p. 365) anstellte. Nach der Anwendung von Eisenpräparaten nahm das Wasser ab und die festen Bestandtheile wurden vermehrt. Darunter sank die mittlere Zahl des Faserstoffes und die des Haematoglobulins erhob sich um ein Bedeutendes. Albumin blieb sich gleich. — Mit der Verminderung der Blutkörperchen in der Chlorose nimmt auch die Menge des Harnstoffes im Urin ab, der nach dem Gebrauche des Eisens wieder in der normalen Menge erscheint. — Nebenbei hat sich H. überzeugt, dass der Harn während der Cur eisenhaltig war, und zwar besonders des Morgens, und dass auch der Schweiss Eisen enthielt.

Die **Scrofulosis** beruht nach Dr. Böcker in Rade vorm Walde (C. Rh. 2) durchaus auf einem Mangel an Stickstoff, deshalb findet sich im Harne Scrofulöser weder Harnsäure noch Harnstoff, sondern die stickstofflose Benzoesäure oder Kleesäure. Den Grund davon liefert der allzuhäufige, fast ausschliessliche Genuss einer stickstofflosen Nahrung (Erdäpfel etc.). Ferner fehlen dem Blute Scrofulöser manche Salze; denn das Blut derselben enthält weniger Blutkörperchen, indem ein Theil derselben in dem Blutplasma aufgelöst ist, daher auch dasselbe röther erscheint. Schulz aber hat nachgewiesen, dass diese Auflösung von Blutkörperchen gerade durch den Mangel an Salzen bedingt werde. Aber auch der Kohlenstoff bietet Verschiedenheiten, indem bald Benzoesäure, bald Kleesäure im Harne vorhanden ist. Schon das Aussehen der Scrofulösen zeigt dieses, indem der eine ein graciles, blondes, gleichsam durchschimmerndes Äussere, der andere einen mehr gesättigten Teint darbietet. Sichere Anhaltspunkte würde uns eine genaue Analyse des Pfortaderblutes in der Scrofulosis liefern, die bis zur Zeit jedoch noch fehlt. Dagegen ist es erwiesen, dass bei vielen Scrofulösen die Galle weniger kohlenstoffhaltig und das Venenblut mehr geröthet ist. Auch hierzu liefert die grösstentheils Amylum haltige Kost den Schlüssel. Als Hauptmittel gegen die Scrofulosis bezeichnet B. das Jodammonium. Das heilkräftige Jod verdichtet die Blutbläschen (Schultz) und verhindert ihre Auflöslichkeit. Nach Sch's Beobachtungen bilden sich die Kerne der Blutbläschen aus den Chyluskügelchen, sie treten später, nachdem die Blutbläschen in den Lungen Sauerstoff aufgenommen haben, durch die Hüllen an das Blutplasma, werden zu Plasma umgebildet. Nach der chemischen Untersuchung bildet sich aus Fett, durch Zutritt von Sauer- und

Stickstoff, Eiweiss. Die Sauerstoffaufnahme ist in den Lungen, das Zutreten des Stickstoffes während der Umsetzung der Gebilde gegeben. Kann letztere Bedingung nicht erfüllt werden, so entsteht ein niedriger gebildetes Blutplasma. Dies muss, wie sich die Bluthülsen aus Mangel an Salzen leicht auflösen, mehr und mehr eine perverse Beschaffenheit annehmen, es wird unfähig höher organisirte eiweiss- und faserstoffige Gebilde zu erzeugen. Damit nun aus den Kernen der Blutbläschen sich kein niedriger organisirtes Blutplasma bilde, müssen wir die Bluthülsen verdichten und dies leistet Jod. Wir erhalten sonach beim Jodgebrauche mehr Blutbläschen, der Blutkuchen vergrössert sich. — Es tritt nun ein doppelter Vorgang ein. Einestheils entsteht ein Mangel an Plasma, daher die Aufsaugung des an den erkrankten Körperstellen geronnenen Blutplasma, um das Missverhältniss zu heben; anderentheils ist die Bedingung zur vermehrten Aufsaugung zur Verflüssigung des Festgewordenen durch den Jodgebrauch gegeben; denn durch denselben verdichten sich die Blutbläschen, die Träger des Sauerstoffes vermehren sich, und Liebig zeigt, dass der Sauerstoff die Gebilde verflüssiget. — Wird nun durch zweckmässige Nahrungsmittel das Verflüssigte und Ausgeschiedene durch einen bildsamen Stoff ersetzt, so erfolgt Heilung. Der Heilvorgang durch Jod ist sonach kein *positiver*, und Jod ersetzt dem erkrankten Organismus nicht einen fehlenden Bestandtheil, sondern vielmehr ein negativer, d. h. es beseitiget die Hindernisse, wodurch das Blut abgehalten wird, sich höher zu organisiren. Würden nun aber dem Blute Stickstoff, Kohlenstoff, und die noch *zu bestimmenden* Salze in hinreichender Menge zugeführt, sonach positiv eingewirkt, so würde die Heilung desto vollständiger erreicht werden. Eine stickstoffhaltige Verbindung, die zur Ernährung des Pflanzen- und Thierreiches dient, ist Ammoniak. Auch in der den Pflanzen nahe stehenden Scrofulosis muss es daher wirksam sein. Reines Ammonium kann jedoch nicht angewandt werden, denn dadurch würde die Säure im Magen neutralisirt und die Galle auf den Chymus unwirksam gemacht. Deshalb die Verbindung mit Jod nothwendig ist. Die selbst dem Jod vorgezogene Spongia usta ist nur dann wirksam, wenn die Verdauungskraft noch ziemlich stark ist, sie auflöst und ins Blut führt, und passt nur da, wo zugleich ein Kohlenstoffmangel sich zeigt. — Zum Belege seiner Ansicht erwähnt B. mehrerer glücklicher Curen mit Jodammonium, von welchem er nie mehr als 4 Gr. verabreichte. Selbst bei gleicher Wirkung mit Jodkali zieht es B. bei Kindern vor, da es leicht löslich ist und sehr gut schmeckt. Der erste Geschmack des reinen Präparates ist anfangs etwas metallisch, hinterher süss. Mit 1 Unce Syrup zu einer Solution von 1 Dr. Jodamm. kann man jenen leicht verhüllen, und versüsst nehmen es die Kinder

gern. Man gebe es aber in einem dunkel gefärbten Glase oder in einem steinernen Krug, damit es sich nicht zersetze. Aus letzterem Grunde kann man es auch nicht in Pulverform geben.

Um den **Skorbut** zu heilen, wendet Dr. Irven (G. H. 12) ein neues Mittel an, und zwar die Tinctura cantharidum. Er gibt Anfangs 10 — 20 Tropfen des Tages auf dreimal zu nehmen, nach Umständen steigend bis zu 80 Tropfen in 24 Stunden. Während der Allgemeinzustand sehr gebessert wurde, klärte sich der Urin, und chemische Reagentien deuteten auf die Gegenwart von Albumin, einer Substanz, die man im Allgemeinen im Urine der Skorbutischen nicht zu finden behauptet hat. Wie hier die Kanthariden wirken, und wie bei Besserung des Allgemeinzustandes das Albumin im Urin erscheine, sind Fragen, die der Entscheidung harren.

In den klinischen Sammlungen der französischen Ärzte finden sich die Fälle nicht in sehr grosser Menge vor, wo bei **Typhus** auch ein Leiden der Blase gefunden worden wäre. Dr. Cossy (Arch. gén. Sept. 1843) wurde dadurch bewogen, mehrere Beobachtungen mitzutheilen, die er binnen 5 Monaten 1843 bei 7 männlichen und 23 weiblichen Kranken zu machen Gelegenheit hatte. Davon starben 1 Mann und 10 Weiber. Bei 6 fand man die Blase mehr weniger ergriffen, zumeist aber gangraenös entartet. — Über die *Menge der Kohlensäure*, die sich während des Athmungsprocesses bei an **Typhus** Erkrankten bildet, finden wir bei Malcolm (Lond. and Edinb. monthl. J. — G. p. 24) einige Versuche. Der hierbei angewendete Apparat war jener des Dr. Prout, der die Menge der Kohlensäure bei Gesunden auf 3,96 von 100 feststellte. Im Typhus fand nun Malcolm, dass die Bildung der Kohlensäure beim Athmen quantitativ geringer sei, als im normalen Zustande, besonders bei schweren Fällen. Die mittlere Zahl der ausgeathmeten Kohlensäure war 2,492 von 100, was ein Minus von 1,468 ausmacht. Bei sehr schweren Fällen sank diese Zahl sogar auf 2,232. — In die Reihe der *Heilmittel* gegen *Typhus* lässt Dr. Kotsevar (W. Ö. 4) ein neues rühmend eintreten, und zwar die Aqua laurocerasi, die nicht nur als Heil-, sondern auch als prophylaktisches Mittel empfohlen wird. Er sagt, die Aqua laurocerasi wirke übrigens nur dann wohlthätig, wenn *keine Complicationen* vorhanden sind. Deshalb müsse man Sorge tragen, dass dieselben beseitiget werden. (!!) Sinken die Kräfte, so müsse man roboriren, und dabei stehe obenan das schwefelsaure Chinin in der Gabe von $1/_6$ Gran. In Beziehung auf das Verhalten des *Harns im Typhus* fand Dr. Franz Simon (B. Chem. Bd. 1. p. 276) wie bei einem jungen Manne, bei welchem der typhöse Krankheitsprocess eine gewisse Zeit sich normal entwik-

kelt hatte, der schon einige Tage hindurch alkalisch reagirende Harn eines Morgens stark sauer reagirte, und mit dieser Veränderung zugleich eine nicht zu verkennende Verschlimmerung in den Krankheitssymptomen eintrat. Die saure Reaction des Harns hielt nur eine kurze Zeit an, er wurde alsdann wieder neutral und alkalisch und der Kranke genas. — Die *Faecalmaterien* der am Typhus Erkrankten enthalten, mikroskopisch untersucht, in der oberen Schichte gelber trüber Flüssigkeit meistentheils nur Schleim - oder Eiterkörperchen, gewöhnlich eine grosse Menge von Krystallen aus phosphorsaurem Magnesia - Ammoniak, und eine fein zertheilte Punktmasse. Die untere flockige Masse enthält neben Krystallen des Magnesia - Tripelphosphats gelbe linsenförmige Körper, die ganz rund oder länglich rund erscheinen und scharf begränzt sind. Wenn man sie zerdrückt, zerfallen sie in mehrere theils regelmässige, theils unregelmässige Stücke. Sie kommen von der die Geschwüre umgebenden Schleimhaut. Neben diesen Stoffen hat Simon auch den dicken rothbraunen *Zungenbeleg* beim Typhus untersucht und fand zwischen zusammengedrückten Epithelialzellen zahlreiche, helle Pilzsporula, wovon auf den Darmgeschwüren keine Spur vorhanden war.

Über die Behandlung des **Rheumatismus** mit einigen neuen Mitteln gibt Forget (N. Bd. 29. n. 4) folgende Schlussbemerkungen: Eine wichtige Thatsache bei der Behandlung dieser Krankheit ist, dass ihre Dauer sehr verschieden und der Ausgang sehr unverhofft ist. Vergebens hat man die Mittelzahl der Tage und Wochen hierbei angeben wollen, dieselbe wollte auf die Mehrzahl der Fälle keineswegs passen. Wir sehen acute Rheumatismen nach einigen Tagen indifferenten Mitteln weichen, und andere wieder allen Mitteln hartnäckig widerstehen, so dass die Würdigung der Heilmittel mehr Sache des Glaubens, als ein nachgewiesenes Factum, und demnach dem Irrthum und der Lüge ein freies Feld geöffnet ist. — Abgeschreckt durch die bekannt gewordenen Unfälle bei der Behandlung mit schwefelsaurem Chinin, hat F. mit diesem Mittel nicht experimentirt, sondern nur mit Leberthran, Jodkali und Salpeter. Der *Leberthran* ist ein ganz oder fast ganz unwirksames Mittel. Das *Jodkali* nützt so selten und so langsam, dass seine Wirkung zweifelhaft ist. Das *Nitrum* in grossen Gaben ist in gewissen Fällen von guter Wirkung. Es kann von 2 bis 12 Drachmen im Getränke verabreicht werden. Selten führt es üble Zufälle herbei. Man thut wohl daran, es nach 5 bis 8 Drachmen auszusetzen. Unwirksam ist das Nitrum: 1) im Muskelrheumatismus, 2) im chron. Gelenksrheumatismus, 3) in sehr acutem Gelenksrheumatismus, welcher einen Aderlass erfordert. Wirksam dagegen

ist es in frischem Rheumatismus von mittelmässiger Intensität und bei nicht robusten, lymphatischen, nervösen Individuen. Trotz seiner Wirksamkeit hat das Nitrum alle Unbequemlichkeiten der anderen Mittel, nämlich Recidive und lange Convalescenzen. Das Nitrum ist ein gutes Ergänzungsmittel des Aderlasses, wenn letzterer unwirksam oder nicht zulässig ist. Ohne die anderen Mittel zu verdrängen, deren Wirksamkeit in gewissen Fällen anerkannt ist, bleibt das Nitrum in grossen Dosen ein sehr nützliches Mittel, und verdient bei der Behandlung des Gelenksrheumatismus beibehalten zu werden.

Eine Abhandlung über die **Gicht** und *Rheumatismus* von Dr. Castelneau (Av. gén. Nov. 1843), namentlich über einige schwere Zufälle, die im Verlaufe dieser Krankheit zustossen können, verbreitet mehr Licht über die Bildungsart der tophusartigen Ablagerungen, über ihren ursprünglichen Sitz, und über die Gewebe, die davon consecutiv infiltrirt werden können. Den Ablagerungen geht in den Synovialhäuten Röthe voraus, sie gehen von den Synovialhäuten der Gelenke auf die der Sehnen über, später werden die fibrösen Gewebe, die Knorpeln und auch die Knochen infiltrirt. Nebstdem kann die Infiltration auch im entfernteren Zellgewebe Statt finden. Schwache Ablagerungen sitzen nur wie eine Pseudomembran auf der Oberfläche der Synovialhäute, und lassen sich leicht abstreifen. Die Röthe, die der Salzdeposition (nach Laroque: Ölsäure, Margarinsäure, harnsaure Soda und Sodiumchlorid) vorangeht, ist eben so punktirt, wie die beginnende Ablagerung selbst. An anderen Orten schien sie jedoch gar nicht da gewesen zu sein. Die Knochen waren in solchen Fällen bedeutend erweicht, von gelblichem Aussehen, im Gefüge wie fettig, und mit knochigen neu gebildeten Formationen besetzt. Die fibrösen Gewebe waren dagegen dichter und weisser. Rayer fand bei Gichtischen die in den Nieren infiltrirte Substanz aus Harnsäure bestehend, unser Verfasser dagegen erkannte darin harnsaure Soda, die nach dem Verlauf der Harnröhrchen infiltrirt war, und zwar wie es schien unter der Schleimhaut. Die Nieren selbst waren fettig entartet, atrophisch, die Mucosa hatte ein faseriges Aussehen.

Gegen die **Gicht** werden von Rév. Paris (Revue méd. Aôut. 1843) Tabakräucherungen empfohlen. Dieses Mittel, dessen Wirksamkeit durch gute Zeugnisse bestätiget zu sein scheint, ist nicht mehr neu. Nach Dr. Hinard, welcher diese Räucherungen an sich selbst erprobt hat, sollen dieselben namentlich beim Beginne, aber auch bei der grössten Intensität der gichtischen Schmerzen von ausserordentlicher Wirksamkeit sein. Keine andere Solanee kann den Tabak ersetzen, und Herr Hinard bedauert, dass er die Räucherung mit dieser Pflanze

nicht auch als Präservativmittel in den Intervallen der Anfälle habe anwenden können. Die Räucherungen bestehen darin, dass man den kranken Theil ungefähr eine Viertelstunde lang dem Rauche der trockenen Blätter dieser Pflanze, welche man nach und nach auf glühende Kohlen wirft, aussetzt. Diese Räucherungen wiederholt man zwei- oder dreimal binnen 24 Stunden, und so mehrere Tage nach einander. Die bis jetzt hierüber gesammelten Beobachtungen sprechen zu Gunsten dieses einfachen und billigen Mittels. Der Abbé Girod räth noch, man solle sich hierauf zur Verhinderung von Rückfällen einmal monatlich eines Fussbades aus einer Abkochung von einer Unce Tabak in Wasser bedienen. *Dr. Čejka.*

Krankheiten der Circulationsorgane.

Ohnstreitig die wichtigste Bereicherung, die dieser Abschnitt der Pathologie in der neuesten Zeit erfuhr, haben wir unserem hochverdienten Prof. Rokitansky zu verdanken. Die 3te und 4te Lieferung des II. Bandes seiner pathol. Anatomie (XI) erörtert von den *Abnormitäten der Kreislaufsorgane* jene des Herzens und Herzbeutels und zum Theile jene der Arterien. Mit der grössten Spannung sehen wir der baldigen Beendigung dieses Abschnittes entgegen, und behalten uns bis dahin eine Besprechung dieser eben so gründlichen und umfassenden, als lehrreichen und interessanten Forschungen vor, was wir um so eher thun zu dürfen glauben, als ohnehin R's Handbuch sich in den Händen der meisten unserer Leser befinden wird. — Von Journalaufsätzen schienen uns nur einige wenige einer Würdigung werth.

Aus vielfachen, in der Salpêtrière gesammelten Beobachtungen über den *Zustand des* **Herzens bei Greisen** zieht Neucourt (Av. gén. 1843. Sept.) folgende Schlüsse: 1) Das Volumen des Herzens bei Greisen ist dem bei Erwachsenen wenigstens gleich, und gibt es in dieser Hinsicht ja einen Unterschied, so ist es zum Vortheile der ersteren. 2) Die Dicke der Herzwandungen ist im Greisenalter etwas bedeutender, als in jeder anderen Lebensperiode. 3) Die Weite der Herzmündungen ist bei Greisen etwas grösser als bei Erwachsenen. 4) Verknöcherungen der Aorta für sich allein ziehen nicht nothwendiger Weise Störungen in den Functionen des Herzens nach sich. 5) Die Zeichen dieser krankhaften Metamorphose fehlen besonders dann, wenn Insufficienz oder Stenose der Aortaklappen nicht gleichzeitig vorhanden sind. (?) 6) Die Verknöcherungen am Ende der Bauchaorta sind häufiger, als an jeder anderen Gegend dieses Gefässes. 7) Die physikalischen Zeichen der Herzklappenkrankheiten sind beim Greise dieselben, wie bei dem

Erwachsenen. 8) Nach dem Tode sind die verschiedenen Höhlen des Herzens um so mehr zusammengezogen, je plötzlicher der Tod erfolgt war. 9) Es kommen Herzgeräusche ohne alle Functionsstörungen des Herzens vor. 10) Es können Herzkrankheiten mit grosser Beeinträchtigung der Function des Herzens durch viele Jahre bestehen, ohne den Tod nach sich zu ziehen. — Dr. Flögel (W. Ö. 11) berichtet über einen Fall von **Ruptur der unpaarigen Vene** bei einem 38jährigen Husar, der früher gesund, an einem heissen Sommertage beim Exerciren plötzlich mit einem Schreie vom Pferde gestürzt war und unmittelbar darauf den Geist aufgegeben hatte. Bei der Section fand man alle Organe mehr weniger blutarm, übrigens von normaler Beschaffenheit, mit Ausnahme der Leber, die fettig war. Im hinteren Mittelfellraume, hauptsächlich nach rechts, fand man über 4 Pfund schwarzen, locker gestockten Blutes ergossen. Als Quelle der Blutung liess sich an der rechten Seite der Vena azygos, zwischen dem 7. und 8. Brustwirbel, ein die Hälfte des Gefässes einnehmender Querriss mit glatten Rändern nachweisen; letzteres selbst war in seinem ganzen Verlaufe gleichmässig etwas erweitert. Dr. Fl. betrachtet als die veranlassende Ursache die Behinderung der Circulation durch knapp anliegende Kleidungsstükke, ganz vorzüglich aber durch den bei den Ungaren üblichen Bauchriemen. — Bei einem Manne (Weber) von 48 Jahren, der längere Zeit an Athemsbeschwerde und trockenem Husten litt, und plötzlich starb, fand Albers (C. Rh. 1) bei der Leichenöffnung den Herzbeutel mit vielem (fast 2 Pfund) klumpigen Blut erfüllt und hierdurch über die Norm ausgedehnt. Bei näherer Untersuchung entdeckte man einen Riss in der grossen, mit Blut überfüllten und zur Daumendicke ausgedehnten **Herzvene**, deren Wandung sammt der darüber liegenden serösen Haut (Pericardium des Herzens) zerrissen war, und dem Blute freien Austritt in den Herzbeutel gestattet hatte. Die Venenwandungen waren beträchtlich verdünnt, besonders an der Stelle, wo der Riss sich vorfand. Dabei waren alle Venen, die sich am Rande und an der Spitze des Herzens verzweigen, beträchtlich erweitert, so dass die kleineren die Grösse hatten, die sonst die grosse Kranzvene (Vena magna Galeni) besitzt. Das Herz selbst war nicht erweitert, aber von ungewöhnlich viel Fett umgeben, seine Wandungen normwidrig dünn und etwas schlaff. Eine Verengerung der Herzöffnungen wurde nicht gefunden, eben so wenig eine allgemeine Venenerweiterung.

Untersuchungen über den **Puls und die respiratorischen Bewegungen** *bei Kranken, so wie über das Verhältniss beider zu einander* veröffentlichet Oesterlen (Av. Bd. 6. p. 44). Er bestätiget durch 30 Beobachtungen an Neugeborenen, dass der Puls bei denselben

oft keine grössere Frequenz zeige, als bei Erwachsenen, und andererseits durch 25 Beobachtungen an Greisen männlichen und weiblichen Geschlechtes, dass der Puls bei denselben oft rascher schlage als bei Erwachsenen. Aus 132 Beobachtungen zieht O. folgende Resultate. Vergleicht man die Pulsfrequenz des Kranken mit der ihm zukommenden Normalzahl, so stellt sich heraus, dass der Puls bei älteren Kranken vom 40. bis zum 70. Lebensjahre um eine grössere Zahl von Procenten (die Normalzahlen der Respiration und des Pulses wurden immer = 100 genommen und so das Steigen und Fallen der Frequenz des Pulses und der Athemzüge in Procenten berechnet) vermehrt sei, als bei Jüngeren, welche an derselben Krankheit z. B. Meningitis, Pleuritis etc. erkrankt sind (obschon auch Ausnahmen von dieser Regel vorkommen). Dasselbe gilt von der abnorm gesteigerten Respirationsfrequenz. Vergleicht man die Geschlechter, so ergibt sich, dass ceteris paribus im Allgemeinen die Puls- und Respirationsfrequenz beim weiblichen Geschlechte um eine grössere Anzahl von Procenten steige als beim männlichen. Bezüglich der verschiedenen krankhaften Zustände konnte O. zu keinen sicheren Schlüssen gelangen; doch ergab sich, dass bei entzündlichen Affectionen im Vergleich zu anderen, z. B. Neurosen, die Frequenz des Pulses und der Athemzüge nicht in dem Grade überwiege als gewöhnlich angenommen wird, dass z. B. bei Neurosen des respiratorischen Apparates die Pulsfrequenz um dieselbe Zahl von Procenten gesteigert sein könne, wie bei entzündlichen oder congestiven Affectionen desselben. Wenn auch in den bei Weitem häufigsten Fällen gleichzeitig ein Frequenter- oder Seltenerwerden der Herzcontractionen so wie der Athemzüge Statt hat, so kann doch von einem Parallelismus unter einander keine Rede sein. Schon die Extreme, welche die Frequenz des Pulses einerseits, andererseits die der Respiration erreichen kann, differiren merklich. Aus O's Berechnungen ergibt sich, dass sich *die Zahl der Respirationsbewegungen ungleich höher über das gewöhnliche Niveau zu erheben pflege, als die Zahl der Herzcontractionen.* Nur selten war die Pulsfrequenz um 100 Procent vermehrt, nur in 3 Fällen unter 132 überstieg sie diese Zahl, blieb aber gewöhnlich auf ein Plus von 60—70 Procent beschränkt. Dagegen steigerte sich die Respirationsfrequenz sehr häufig um 100 und mehr Procent, in 22 unter 132 Fällen sogar um 150—200 Procent, und eine Vermehrung um 70—80 Procent war das Gewöhnliche. Das *äusserste Extrem* der Pulsfrequenz war 114 und 127 Procent; das der Respirationsfrequenz 200 und sogar 230 Procent. Dagegen sinkt die Pulsfrequenz häufiger unter das gewöhnliche Niveau, oder bleibt auf letzterem stehen; dies geschah in 8 Fällen unter 132, während die Respiration blos in 2 Fällen keine merkliche Beschleunigung zeigte und in keinem

einzigen Falle unter das physiologische Niveau herabsank. Die Extreme der Frequenz des Pulses sowohl als der Respiration kamen am häufigsten bei entzündlichen Affectionen vor. Doch zeigte die Pulsfrequenz denselben Grad von Steigerung auch bei typhösen und anderen Alterationen, eben so die Respirationsfrequenz bei Tuberculose der Lungen, bei Serumergüssen in die Unterleibshöhle u. s. f., und bei keinem einzigen Kranken fiel das Extrem des einen, z. B. des Pulses, mit dem des anderen, z. B. der Respiration, zusammen. Überhaupt nehmen nur selten die Respiration und der Herzschlag bei einem Kranken auch nur ungefähr um die gleiche Zahl von Procenten an Frequenz zu, vielmehr wird fast constant die Frequenz des Pulses von *der* der Respiration um ein Beträchtliches, sogar ums Zwei- bis Dreifache übertroffen. Bei einem und demselben Kranken findet im weiteren Verlaufe seiner Krankheit fast immer ein gewisser Parallelismus, freilich ein sehr beschränkter, Statt, so dass die Frequenz der Respiration ungleich häufiger um eine grössere Zahl von Procenten sinkt, als die des Pulses, wie denn überhaupt die erstere bedeutendere Schwankungen erfährt, als die letztere. Nur selten verhält es sich, besonders bei entzündlichen Affectionen des respiratorischen Apparates, umgekehrt, so dass der Puls an Frequenz in höherem Grade abnimmt, als die Respiration; ja es kann sogar die erstere fast auf das physiologische Niveau herabsinken, während die Frequenz der Respiration gesteigert bleibt oder beständig zunimmt, doch gehören solche Fälle zu den seltenen Ausnahmen. — Bezüglich des *therapeutischen Verfahrens* bei Entzündungen ergab sich, dass auf Blutentziehungen die Pulsfrequenz in höherem Grade abnahm, als die Respirationsfrequenz, oder doch ziemlich in gleichem Grade. Doch bleibt, wenn die entzündliche Stase nicht glücklich gehoben wurde, die Verminderung der Pulsfrequenz keineswegs constant, sondern nimmt gewöhnlich alsbald wieder zu, während die Respiration dieselbe bleibt oder gegentheils allmälig seltener wird. In der Reconvalescenz zeigt sich öfters ein zunehmendes Frequenterwerden des Pulses, während die Respirationsfrequenz unverändert bleibt oder eher abnimmt. Nebst den bisher angeführten Thatsachen schliesst O. aus zahlreichen Beobachtungen von Neurosen des respiratorischen Apparates, bei denen trotz bedeutender Beschleunigung des Athmens der Puls keine oder doch keine entsprechende Frequenz zeigte, und umgekehrt, aus wenn gleich seltenen Fällen von Palpitationen des Herzens, bei denen die Athembewegungen nicht besonders beschleuniget waren, so wie aus anderen bereits bekannten physiologischen Gründen, dass *der gewöhnliche Parallelismus zwischen Puls und Respiration kein durchaus nothwendiger*, sondern mehr ein zufälliger sei, und die eine jener

Actionen unmöglich die zureichende Ursache der anderen sein könne. Es scheint jener Parallelismus vielmehr blos das accidentelle Resultat des für sich bestehenden Rhythmus einerseits der Herzcontractionen, andererseits der respiratorischen Muskelactionen zu sein. — Bei aufgehobenem Parallelismus zwischen Herz- und Respirationsbewegung braucht nicht auch zugleich der ohne Zweifel nothwendige Parallelismus zwischen Blutlauf und Luftzutritt innerhalb des Lungenparenchyms gestört zu sein, und etwa eintretende Störungen sind einer leichten Ausgleichung fähig. — O. nimmt diesen Thatsachen zu Folge an: dass die motorischen Nerven des Respirationsapparates und ihre Functionirung gleichsam das beweglichere Element darstellen, — es steigen ja die Athemzüge bei Kranken um eine grössere Zahl von Procenten als die Herzcontractionen. Es hängt auch die Action der Athemmuskeln in ungleich höherem Grade von der Functionirung der betreffenden Nervengebilde ab, als die Action des Herzens; überdies ist die Respiration als theilweise willkürlicher Act dem Einflusse des Gehirnes, der Psyche ungleich mehr unterworfen, als die Action des Herzens, was z. B. bei schmerzhaften Affectionen die Frequenz der Respiration bedeutend modificiren muss. Aus dem Umstande, dass die Athembewegungen im Allgemeinen auf die normale Zahl ungleich rascher wieder herabsinken, als die Contractionen des Herzens, folgert O., dass die Functionirung der respiratorischen Nerven von dem Zustande der Aufregung schneller und leichter in den der relativen Ruhe oder selbst Depression übergehe, als diejenige der Herznerven. *Dr. Jaksch.*

Krankheiten der Respirationsorgane.

Über den **Mechanismus der Respirationsbewegungen** haben wir den Schluss der im 2. Quartale unserer Analekten (S. 78) abgebrochenen Abhandlung von Beau und Maissiat (Av. gen. 1843. Jul. Sept.) mitzutheilen. Die gewölbte Form des *Zwerchfells* ist bedingt 1. durch die Gegenwart der Unterleibseingeweide, die das Zwerchfell an allen Punkten seiner Oberfläche von unten nach aufwärts drängen; 2. durch die Anziehungskraft, welche die mit Elasticität versehene Lunge mittelbar auf die obere Fläche des Zwerchfells ausübt; 3. durch die innige Verbindung des Herzbeutels mit dem vorderen Blatte des sehnigen Centrums. Es ist der Sack des Herzbeutels ein constituirender Theil des Zwerchfells, eine Sehne, die die aponeurotischen Fasern des sehnigen Centrum vereiniget und sich an den grossen Gefässen und den Aponeurosen des Halses verliert. Die gewöhnliche Function des Zwerchfells ist die Vergrösserung des Längendurchmessers des Brustraumes. Das Herabsteigen des Zwerchfells ist an dem

Theile desselben, der zu dem hinteren Theile der Rippen und der Wirbelsäule geht, bedeutender, als an den vorderen Partien, die zu dem Brustbeine und den angränzenden Rippen gehen. Es ist aber auch der vordere Theil des Zwerchfells, an dem der Herzbeutel befestiget ist, viel weniger beweglich, als die seitlichen Blätter desselben. Die kräftigste Zusammenziehung geschieht an dem Lendentheile des Zwerchfells, an den sogenannten Pfeilern und Anhängen desselben, wodurch die seitlichen Blätter der sehnigen Ausbreitung viel weiter herabgezogen werden, als das vordere Blatt. Die zu dem Brustbeine gehenden Fasern ziehen den vorderen Rand des vorderen Blattes der sehnigen Ausbreitung nach vorn und abwärts. Die zu den Rippen gehenden Muskelbündel wirken auf ihre beiden Insertionspunkte, das sehnige Centrum und die Rippen; da aber ersteres beweglicher ist, als die letzteren, so geschieht auch der Zug gegen die letzteren. Dadurch, dass die an den Rippen befestigten Fasern sich zusammenziehen, steigen die an dem sehnigen Centrum sich inserirenden zugleich mit diesem herab, die seitlichen Blätter der sehnigen Ausbreitung insbesondere wegen ihrer grösseren Beweglichkeit weiter als das vordere Blatt. Steigt das Zwerchfell herab, so wird auch die Lunge nach ihrer Längenachse von der eindringenden Luft entsprechend erweitert. Nebstdem erkennen B. und M. noch eine andere Action des Zwerchfells, die nämlich, die Rippen, an denen es sich befestiget, nach einwärts zu ziehen und die Basis des Brustkorbes zu verengern. Man bemerkt diese Einziehung der Rippen sehr deutlich an ihrem Knorpel und selbst an dem Schwertknorpel, doch nur in den Jahren der Kindheit, und bei sehr angestrengter Respiration. Die Rippen sind in diesen Jahren so weich, dass, wenn von dem Zwerchfelle aus ein Zug auf die Knorpel der sechs letzten Rippen ausgeübt wird, diese selbst nicht stark genug sind, um den Zug des Zwerchfells auf die Rippen fortzupflanzen, sondern vielmehr sich nach auf- und ein- und aufwärts beugen, während die Rippen unbeweglich bleiben. Dasselbe gilt von dem Schwertknorpel, der in der Kindheit gleichfalls viel zu weich ist, als dass er einen Zug dem Brustbeine mittheilen könnte. Endlich hat das Zwerchfell noch die Function, die unteren Rippen zu heben, und nach aussen zu von einander zu entfernen, und so die Durchmesser der Basis des Thorax zu vergrössern. Es tritt diese Action des Zwerchfells dann ein, wenn das sehnige Centrum bereits herabgestiegen ist, indem das Centrum selbst zum fixen Punkte wird und die aus demselben entspringenden Muskelfasern einen Zug auf die an den Rippen sich inserirenden Fasern ausüben. Den Stützpunkt für das sehnige Centrum liefern die Unterleibseingeweide und die Elasticität

der Lunge zugleich mit dem Herzbeutel. Dasselbe, was so eben von den Rippen erwähnt wurde, geschieht auch an dem Schwertknorpel; denn, ist das vordere Blatt des sehnigen Centrums so weit als möglich herabgestiegen, und fahren die in dasselbe sich inserirenden Muskelfasern fort, wirksam zu sein, so wird das vordere Blatt selbst zum fixen Punkte, gegen welchen der Schwertknorpel nach ein- und aufwärts gezogen wird. Von dem Schwertknorpel wird der Zug auf das Brustbein übertragen und zwar nach auf- und auswärts, von diesem endlich auf die 6te, 5te, 4te Rippe, jedoch um so schwächer, je weiter nach aufwärts. Fasst man das Gesagte zusammen, so ergeben sich aus der Zusammenziehung des Zwerchfelles drei verschiedene Wirkungen: 1. Verlängerung des Längendurchmessers des Thorax, 2. Vergrösserung der Querdurchmesser der Basis des Thorax, 3. Einziehung der Rippenknorpel bei grosser Weichheit und Nachgiebigkeit derselben. Bei dem Typus des Athmens mit dem Unterleibe findet eine Vergrösserung des Längendurchmessers des Brustraumes durch die Zusammenziehung des Zwerchfelles Statt, wobei die Rippen nur sehr wenig beweglich sind, als fixer Punkt dienen. — Bei dem Typus des Athmens mit den unteren Rippen zieht sich das Zwerchfell gleichfalls zusammen, doch sind die Rippen viel beweglicher, als bei dem vorigen Typus und deshalb werden dieselben, sobald sie als fixer Punkt für das Zwerchfell zu wirken aufgehört haben, von dem letzteren in die Höhe gezogen. Die Hervortreibung des Bauches ist bei diesem Typus weniger ausgesprochen als bei dem vorigen, und bisweilen ist der Unterleib sogar abgeflacht. Bei kleinen Kindern, bei denen constant der abdominelle Typus des Athmens vorkommt, sieht man, wenn die Respiration mühsam ist, anfänglich den Unterleib sich hervortreiben, sodann, wenn diese Hervortreibung den höchsten Grad erreicht hat, die Rippen und den Schwertknorpel sich dergestalt einziehen, dass zwischen dem Brustkorbe und dem Unterleibe eine Furche zum Vorscheine kommt. Die Weichheit der Rippenknorpel bei Kindern ist somit das Hinderniss für den Typus des Athmens mit den unteren Rippen.

Der *quere und die schiefen Bauchmuskeln* sind die Exspirationsmuskeln des Unterleibs und dazu bestimmt, mit den drei Exspirationsmuskeln der Brust das angestrengte Ausathmen zu vollziehen. Deutlich fühlt man beim Schreien, Husten etc., die von denselben gebildete Bauchwand zu derselben Zeit hart werden, in der die Durchmesser des Unterleibes sich verkleinern. Der quere und die schiefen Bauchmuskeln wirken verschieden nach dem Typus der Respiration. Bei dem Athmen mit den unteren Rippen ziehen diese Muskeln die Rippen herab, bei dem Bauchathmen üben dieselben einen Zug an den Aponeurosen der weissen Bauchlinie

und drängen die Baucheingeweide gegen das Zwerchfell. Nach den tiefen Inspirationen, bei denen die Rippen von einander treten und die vordere Bauchwand sich hervortreibt, wie z. B. bei der Inspiration, die dem Niesen vorhergeht, wirken der quere und die schiefen Bauchmuskeln gleichzeitig auf die Rippen und die weisse Bauchlinie, die sie in ihren frühern Zustand zurückführen. Da das Zwerchfell die Unterleibseingeweide zugleich mit der weissen Bauchlinie herabdrängt und die unteren Rippen von einander entfernt, so müssen die Bauchmuskeln, deren Wirkung gerade die entgegengesetzte ist, als natürliche Antagonisten des Zwerchfells angesehen werden. *Die geraden Bauchmuskeln* sind nach B. keine Exspirationsmuskeln, sondern Beuger des Brustkorbes gegen das Becken. Das Zusammenziehen und Hartwerden, das man bei der angestrengten Exspiration an denselben wahrnimmt, rührt nicht von der selbständigen Zusammenziehung dieser Muskeln her, sondern von dem Zuge, den die beiden schiefen und der quere Bauchmuskel auf die weisse Bauchlinie und deren Aponeurosen ausüben. *Der Kreutzbein-Rückenmuskel* (sacrospinalis) trägt nur zu den Bewegungen der Wirbelsäule und nichts zur Exspiration bei. *Der viereckige Lendenmuskel* beugt die Wirbelsäule zur Seite, zieht aber bei der Exspiration die letzte Rippe nicht herab. Der *Sphinkter ani* ist offenbar bei der angestrengten Exspiration zusammengezogen, um dem Austritte des Darminhaltes entgegenzuwirken, der fast in Folge des Druckes der Exspirationsmuskeln erfolgen würde; dasselbe lässt sich von dem *Sphinkter der Harnblase* behaupten, der durch seine Zusammenziehung bei der angestrengten Exspiration dem Austritte des Urins entgegenwirkt. Der *Aufhebemuskel des* Afters und *der Steissbeinmuskel* scheinen gleichfalls bei der Exspiration sich zusammenzuziehen.

Die elastischen Agentien der Respiration. Die Bedingung zur Wirkung der Inspirationsmuskeln ist die Elasticität derjenigen Theile, an denen bei der Respiration eine Bewegung Statt finden muss. Diese Elasticität begünstigt die Action der Muskeln, die bei der angestrengten Exspiration thätig sind, und ist die einzige Ursache der einfachen Exspiration, die ohne besondere Muskelaction zu Stande kommt. Die *Elasticität des Lungenparenchyms* ist von allen Physiologen angenommen worden. Sowohl im Cadaver als während des Lebens hat die Lunge beständig das Streben, sich zusammenzuziehen, und ist daher nie erschlafft, das Zwerchfell und die Intercostalmuskeln accommodiren sich dem Zustande der Lunge. Selbständige Ausdehnung besitzt die Lunge nicht. Man hat einen Beweis für dieselbe in den Hernien der Lunge finden wollen. Eine Hernie der Lunge bei eindringenden Wunden der Brust entsteht nur dann, wenn das Thier im Momente der Verwundung eine Anstrengung macht,

z. B. einen Schrei ausstösst. Die in der Lunge enthaltene Luft entweicht hierbei schwer durch die verengerte Glottis, die Lunge selbst hat einen starken Druck der Brustwandungen auszuhalten, und weicht in Folge dieses Druckes durch die Öffnung nach aussen. Findet im Momente der Verwundung keine angestrengte, sondern nur eine einfache Respiration Statt, so entsteht keine Hernie der Lunge, weil sowohl der Druck auf dieselbe von Seite der Brustwandungen, als das Hinderniss für die ausströmende Luft durch die verengerte Glottis fehlt. Übrigens entsteht diese Hernie nie bei der Inspiration, was doch geschehen müsste, wenn die selbständige (active) Ausdehnung der Lunge die Ursache der Hernie wäre. — *In der Luftröhre und im Kehlkopfe* ist die Elasticität gleichfalls ausgesprochen. Versuche am Cadaver beweisen dies. Bei Dyspnoee steigt der Kehlkopf bei der Inspiration herab und erhebt sich wieder bei der Exspiration. — Der *Herzbeutel* muss gleichfalls als eines der elastischen Agentien der Respiration angesehen werden, derselbe muss nothwendiger Weise bei der Inspiration mit dem Zwerchfell herabsteigen und bei der Inspiration auf seinen früheren Zustand zurückkehren. — B. erwähnt noch die elastische Beschaffenheit der Rippen und des Brustbeins, und der Aponeurosen zwischen den Rippen, die, nachdem sie das Voneinanderweichen der Rippen zugelassen, und nachdem die Inspirationsmuskeln zu wirken aufgehört haben, sich zusammenziehen und die Rippen einander näher bringen. *Die elastischen Agentien des Unterleibes*, die das Zusammenziehen und Herabsteigen des Zwerchfells und dessen Rückkehr zu seiner früheren Stellung möglich machen, sind die in dem Darmcanale enthaltene Luft und die Bauchwandungen, die sich bei der Contraction des Zwerchfelles sammt den Baucheingeweiden nach vorwärts drängen. Die in den Gedärmen enthaltenen Gase sind somit auch die natürlichen und nothwendigen Antagonisten des Zwerchfells — demgemäss findet man freie Gase und flottirende Eingeweide nur bei Thieren, die ein Zwerchfell besitzen. Dieser Elasticität der Gase wegen kann dasselbe herabsteigen, ohne die Bauchwand zu verrücken, ohne dass somit die Respiration an den Bauchwandungen wahrnehmbar wird. Es kann folglich die Bewegung und Erweiterung der Bauchwandungen nicht jedesmal genau den Grad des Herabsteigens des Zwerchfells andeuten. Ist aber erstere schon bedeutend, so kann auf ein noch bedeutenderes Herabsteigen des Zwerchfelles geschlossen werden. Die Bauchwandungen erhalten ihre Elasticität durch die fibrösen Partien, die sie bilden helfen, als: die weisse Bauchlinie und deren Aponeurosen, und die sehnigen Inschriften der geraden Bauchmuskeln. So wie der Druck von dem herabsteigenden Zwerchfell aufhört, so zieht sich die elastische weisse Bauchlinie wieder zusammen und drängt die Eingeweide in ihre frühere Lage.

Will man, wie bei der angestrengten Exspiration, plötzlich dieses Zurückdrängen bewirken, so ist es der Pyramidenmuskel, der bei seiner Zusammenziehung die weisse Linie kräftig in die gerade Richtung bringt. Es ist somit der *Pyramidenmuskel ein Exspirationsmuskel* des Unterleibes. Die sehnigen Inschriften der geraden Bauchmuskeln scheinen überdies den Zweck zu haben, die vorderen Ränder der unteren Rippen zu nähern, wenn sie beim Athmen mit den unteren Rippen von der Mittellinie abgewichen sind. — Nebst diesen gibt es noch *zwei elastische Agentien, die man allgemeine nennen könnte,* weil sie sich an beiden Höhlen finden, und zwar die Haut, und die Exspirations - und andere Muskeln, die bei der Inspirationsbewegung verlängert wurden; denn auch unabhängig von ihrer selbständigen Zusammenziehung besitzen die Muskeln eine elastische Kraft, die um so stärker ist, wenn der Muskel verlängert und durch die Action der Antagonisten gespannt ist. Es folgt hieraus, dass die Inspiration durch Muskelkraft, die einfache Exspiration durch die elastischen Agentien, die angestrengte Exspiration durch diese und den Muskelzug zu Stande komme. Zur angestrengten Exspiration gehört das Schreien, Lautreden, Singen, Husten, Auswerfen, Räuspern, Niesen, Blasen. Geht das angestrengte Athmen langsam, — schwach von Statten, so kann es, wie die einfache Exspiration blos durch die elastisch-zusammenziehende Kraft der genannten Theile bewirkt werden.

Resumé. Unter den Muskeln, die so eben bezüglich ihrer Thätigkeit am Respirationsgeschäfte untersucht wurden, sind 4, die man nicht zu den Agentien der Respiration zählen darf, und zwar der Kreutzbeinlendenmuskel, der vordere gerade Bauchmuskel, der hintere obere kleine gezähnte und der viereckige Lendenmuskel. — Zwei Muskeln sind zweifelhaft, und zwar die Rippenheber und der untere kleine gezähnte Muskel, denen noch der Unterschlüsselbeinmuskel beigefügt werden kann. — Die Muskeln, die sich bei der Inspiration zusammenziehen, sind das Zwerchfell, die Rippenhalter, die Kopfnicker, der Kappenmuskel in seinen oberen Fasern, der Schulterblattwinkelmuskel, der grosse gezähnte und der grosse Brustmuskel in seinen untern Fasern, und der kleine Brustmuskel. — Exspirationsmuskeln sind die inneren und äusseren Intercostalmuskeln, die Unterrippenmuskeln, die Brustbein-Rippenmuskeln, der grosse Rückenmuskel, der grosse Brustmuskel in seinen oberen Fasern, der Kappenmuskel in seinen unteren Fasern, der quere, die beiden schiefen Bauchmuskeln, der Pyramidenmuskel, der Sphinkter des Afters und der Blase, der Aufheber des Afters und der Steissbeinmuskel. — Die Muskeln, die sich bei der Inspiration zusammenziehen, haben nicht alle denselben unmittelbaren Zweck; denn während einige direct die Erweiterung der Brust bewirken, ziehen sich andere nur zusammen, um die Action der ersteren zu erleichtern.

sie tragen daher indirect zur Erweiterung der Brust bei. Diese indirecten oder Auxiliarmuskeln der Inspiration sind der Kappenmuskel in seinen oberen Fasern und der Schulterblattwinkelmuskel. Bei Dyspnoee heben diese Muskeln die Schulter und obere Gliedmasse, und befreien so die Brust von einer Last, die ihre Ausdehnung beeinträchtigen muss. Die *directen Inspirationsmuskeln* haben nicht alle dieselbe Wichtigkeit; obenan steht unter denselben das Zwerchfell, das gewöhnliche Agens bei dem Athmen mit dem Bauche und den unteren Rippen, und die Scaleni, die gleichfalls für das Athmen mit den oberen Rippen das gewöhnliche Agens sind. Hierauf kommen als aussergewöhnliche Inspirationsmuskeln: der Kopfnicker, der kleine Brustmuskel und der grosse Brustmuskel in seinem unteren Viertheil, endlich der grosse gezähnte Muskel. Der Kopfnicker ist nicht ganz besonders betheiligt bei dem schweren Athmen mit dem Typus der oberen Rippen. Unter den Exspirationsmuskeln ist der grosse Brustmuskel in seinen oberen Fasern ein aussergewöhnlicher Exspirationsmuskel, der nur bei den stärksten Exspirationen wirkt, während die anderen Exspirationsmuskel die gewöhnlichen Agentien bei der angestrengten Exspiration sind. — Ferner muss man *directe Exspirationsmuskeln* anerkennen, wie die queren und die schiefen Bauchmuskeln und die Intercostalmuskeln etc., die unmittelbar auf Zusammenziehung der Bauch- und Brustwandungen wirken, und *indirecte Exspirationsmuskeln,* wie den Schlussmuskel des Afters u. s. w. Es könnte beim ersten Anblicke auffallen. dass die Exspirationsmuskeln den Inspirationsmuskeln an Zahl und Stärke überlegen sind; allein bei der Inspiration ist blos die Elasticität der Lunge und der umgebenden Theile eine Kraft, die immer gleich und nicht sehr beträchtlich ist, zu überwinden; bei der gewöhnlichen Exspiration ist die Elasticität der Brust und der sie umgebenden Theile also hinreichend, aber bei der angestrengten Exspiration sind gewaltige Acte wie das Schreien, Husten und Niesen etc. zu vollziehen, daher mussten auch die Exspirationsmuskeln zahlreich und kräftig sein. *Jeder Typus des Athmens hat seine besonderen Inspirationsmuskeln;* so ist das Zwerchfell durch seine Anheftung an den Rippen das Agens beim Athmen mit den unteren Rippen, so wie die Rippenhalter beim oberen Brustathmen wirksam sind. Die Wirkung pflanzt sich bei letzterem von der 1. und 2. Rippe auf die folgenden Rippen und auf's Brustbein nach abwärts fort, so wie die vom Zwerchfell auf die 6 unteren Rippen ausgeübte Bewegung sich zu dem Brustbeine und den Rippen nach aufwärts fortpflanzt. — Das Drängen (nixus) ist nach B. bedingt durch das thätige Zusammenwirken aller Exspirationsmuskeln und durch die Zusammenziehung der Verengerer der Stimmritze, wobei das Zwerch-

fell wegen gehinderten Austrittes der Luft aus der Lunge an seiner Zusammenziehung gehindert ist. Es wirken die Muskeln hier gerade so, wie bei der angestrengten Exspiration, nur dass hier die Stimmritze geöffnet und die Sphinkteren des Unterleibes geschlossen werden, während es beim Drängen sich umgekehrt verhält. — Bei der Anstrengung zur Locomotion, wie beim Aufheben einer Last, sind gleichfalls alle Exspirationsmuskeln in Thätigkeit, die Glottis und Sphinkteren sind geschlossen, selbst die Sphinkteren des Gesichtes ziehen sich hierbei zusammen.

Pathologische Folgerungen. Bei *Brustfellentzündung* ist der Sitz der Schmerzen gewöhnlich zwischen der 6. und 7. Rippe, weil dieses der Zwischenrippenraum ist, in welchem die Zerrung und Ausdehnung der weichen Gebilde beim Einathmen am grössten ist. — Wenn bei einer *Brustwunde* mit Verletzung der Lunge, diese selbst sich nicht zusammenzieht, sondern fort functionirt, und keine Dyspnoee eintritt, so ist an der Wundstelle die Lunge mit der Costalwand verwachsen gewesen. Das Einreissen der Lunge ist gerade durch die Verwachsung begünstiget, und hängt daher nicht einzig von der zugespitzten Form des Rippenfragmentes ab. Eben so erklären sich auch viele *Emphyseme der Haut*, sie mögen spontan oder nach Verwundungen entstanden sein, durch eine frühere Verwachsung der Costal- mit der Lungenpleura, so wie in dem Falle, den Dessault erzählt, wo nach der Reposition einer alten Verrenkung des Humerus plötzlich eine emphys. Geschwulst äusserlich entstand. Beim *nervösen Hüftweh* wird in sehr vielen Fällen der Schmerz bei einer angestrengten Exspiration oder beim Drängen gesteigert, und zwar dadurch, dass von den im Acte der Exspiration gepressten Baucheingeweiden ein Druck gegen das ischiadische Nervengeflecht ausgeübt wird. Man kann sogar hierdurch in zweifelhaften Fällen den wahren Hüftschmerz von einem rheumatischen Muskelschmerze unterscheiden. Das *Lungenemphysem* wird nach B. gleichfalls durch angestrengte Exspirationen und Drängen hervorgebracht; die durch die Exspirationsmuskeln gepresste Luft wirkt auf die Luftbläschen, erweitert oder zerreisst sie, und macht so das vesiculare oder interstitielle Emphysem. *Bronchienerweiterung* lässt sich von Emphysem nicht trennen (nach Louis leidet der 4. Theil der mit Emphysem Behafteten zugleich an Bronchienerweiterung), und entsteht wohl auf dieselbe Art und zugleich mit dem Emphysem, besonders wenn die Bronchialwandungen in Folge von Entzündung oder angeborener Schwäche wenig Resistenz besitzen.

Gegen das **Asthma** wird in der *New York american Gazette* (G. H. 12) als besonders wirksam folgendes Mittel empfohlen. Man tauche Fliesspapier in eine starke saturirte Auflösung von Salpeter, lasse das

Papier trocknen, rolle es zusammen, und zünde es bei Annäherung eines Anfalles der Krankheit an, oder rauche es nach Art des Tabaks. Mehrere Asthmatische fanden in dem Masse Erleichterung, als das Zimmer, in dem sie sich aufhielten, mit dem Rauch erfüllt wurde.

Dr. Jaksch.

Krankheiten des Nervensystems.

Unter den zur *Physiologie des Gehirnes* und seiner Nerven in einigen Zeitschriften gelieferten kurzen Beiträgen verdient das Ergebniss der von Bernard (A. psych. Mai. 1843) über die anatomischen und physiologischen Verhältnisse der **Chorda tympani** angestellten Untersuchungen in Kürze mitgetheilt zu werden. B. glaubt sich berechtiget, zu schliessen, dass dieser Nerve weder aus dem N. lingualis, noch dem N. vidianus entspringe, dass sich die Mehrzahl seiner Fäden in Verbindung mit dem N. lingualis in der Schleimhaut verbreite, das Ganglion submaxillare aber nur wenige Fäden davon erhalte. Die an Thieren angestellten Versuche bestimmen B. zu erklären: Die Ch. tympani *trage einigermassen zur Geschmacksempfindung bei, doch habe dieser Nerve keinen Einfluss auf die Secretion des Speichels, trage nichts zur Bewegung der Zunge oder des Gaumens bei* (gegen Panizza), *und habe auch keinen Einfluss auf das Gehör. Er ist mithin Hülfsnerve des Geschmacksinnes.* (Die über die Vermittlung der Geschmacksempfindung dieses Nerven aufgestellte Hypothese ist zu gewagt. Ref.)

Mehr wissenschaftliches Interesse erregen Joh. Wilh. Arnold's physiologische und pathologische *Untersuchungen zur Würdigung der* **Bell'schen Lehre** (XIII). Der Verfasser würdiget zuerst die übrigens bekannten Meinungen der berühmtesten Physiologen aller Länder über die Verrichtungen der Wurzeln der Rückenmarksnerven, und stellt die Behauptung auf, dass die Versuche an Thieren, wie sie Bell anstellte, so wie die von diesem zur Begründung seiner Theorie angeführten Beobachtungen am Krankenbette wohl richtig, dass jedoch die Folgerungen, die er sowohl als auch seine Anhänger darnach feststellten, nicht zulässig seien. — Bell und seine Anhänger verstanden nämlich unter dem Worte Empfindung (Sensation) blos die Empfänglichkeit für äussere Reitze, und betrachteten daher die letzteren bei ihren Experimenten als den alleinigen Probstein zur Ermittlung der Empfindung; hierbei liessen sie jedoch die andere Bedeutung des Wortes Empfindung: *„die Wahrnehmung innerer Vorgänge, wie sie durch die Nerven vermittelt und nie durch äussere Reitze erprobt werden kann,“* ganz unberücksichtiget. Diese einseitige Auffassung der Merkmale der Sensibilität ist nach A. Ursache der Irrthümer der Bell'schen Schlüsse. Aus Bell's Versuchen,

so wie aus seinen eigenen entnimmt A. nun folgende physiologische Sätze: 1) Die *hinteren* Wurzeln der Rückenmarksnerven vermitteln die Wahrnehmung äusserer Reitze mit Ausnahme derer, welche sich auf Gesicht, Gehör, Geruch und Geschmack beziehen; sie sind also *die Organe des Fühlsinnes.* Als solche gehören sie der äusseren Haut an, in der dieser Sinn seinen Sitz hat; sie sind die eigentlichen Hautnerven und es hat *daher die Entfernung der Haut dieselbe Wirkung, wie die Durchschneidung der hinteren Wurzeln.* 2) Die *hinteren* Wurzeln haben keine Beziehung zur Muskelbewegung und zum *Selbstgefühle* in den Muskeln. In diesen findet die Wahrnehmung äusserer Reitze nicht Statt; ihre Sensibilität ist eine specifische, bezieht sich auf den Zustand des Muskels selbst, und ist weder durch mechanische, chemische, noch galvanische Reitze zu erkennen. *Diese Muskelempfindlichkeit* wird nun durch die *vorderen* Nervenwurzeln vermittelt, die also *nicht blosse Bewegungsnerven* sind, sondern stets auch die Centralorgane von dem Zustande der Muskeln in Kenntniss setzen und daher *wahre Muskelnerven* in dieser doppelten Hinsicht sind. Es muss hiernach in den vorderen Wurzeln nicht blos eine centrifugale, sondern auch eine centripetale Nervenleitung Statt finden. Auch in den hinteren Wurzeln scheint eine doppelte Leitung Statt zu finden, obgleich keine beweisenden Versuche vorliegen. Die Contractionen der Haut, z. B. bei Gemüthsbewegungen, scheinen durch sie vermittelt zu werden. Es ist mithin blos der Satz: *„die vorderen Nervenwurzeln gehören den Muskeln, die hinteren der Haut“* aus den Bell'schen Versuchen zu folgern, und daher nur die Unterscheidung der Rückenmarksnerven *in Haut-* und *Muskelnerven*, nicht aber in Empfindungs- und Bewegungsnerven (Bell) zulässig. Auch Beobachtungen am Krankenbette zwingen den Verfasser zu diesen Folgerungen, und es steht das Selbstgefühl und insbesondere das Muskelgefühl in inniger und unmittelbarer Verbindung mit dem Bewegungsvermögen, während es mit dem Hautsinne und der Empfänglichkeit für äussere Reitze sich in keinem unmittelbaren Zusammenhange befindet. Auch bei einigen Gehirnnerven liess sich Bell dieselben Fehler zu Schulden kommen, und es ist nach A. der N. trigeminus *nicht der alleinige Gefühlsnerve* für den Kopf und das Gesicht, indem er blos die Wahrnehmung äusserer Eindrücke durch die Haut des Gesichtes vermittelt, während der N. facialis als *Muskelnerve* des Gesichtes der Vermittler der *Muskelempfindung* und der *Bewegung* ist. Das System der *respiratorischen Nerven* von Bell erklärt A. ebenfalls für kein gesondertes, und meint, man müsse auch in den Hirnnerven gleichwie in den Rückenmarksnerven die Vermittler, die Haut- und Muskelthätigkeit erkennen. Schliesslich gibt er hinsichtlich der Func-

tion der Hirn- und Rückenmarksnerven folgendes Schema: 1) Einfache *Muskelnerven* sind: N. hypoglossus, accessorius Willis. abducens, trochlearis und oculomotorius. 2) Zur Haut und Muskeln gehen: N. facialis, trigeminus und glossopharyngeus. 3) Einfacher Empfindungsnerve ist der Vagus, der eben so innere Sensationen vermittelt, als seine Thätigkeit durch mechanische Reitze erregbar ist. Foville's Anatomie des Cerebrospinalsystems (XIV) ist keines Auszuges fähig.

Zur Anatomie der **Gehirn- und Rückenmarkserweichung** liefert Dr. Bennet (Edinb. Journ. Octb. 1843) einen Beitrag, wodurch seine eigenen und die von mehreren deutschen Ärzten (Gluge, Valentin, Klencke) schon früher gemachten Beobachtungen eine neue Bestätigung erhalten. Er stellt 2 Arten von Erweichung, *eine entzündliche und eine nicht entzündliche* fest, deren Unterscheidung nur durch das Mikroskop möglich sei, und von denen die erstere sich durch die Gegenwart von Exsudatkörperchen und Kernchen auszeichnet, während die nicht entzündliche keine Spur derselben zeigt, da sie die Folge mechanischer Zerstörung oder Maceration des Nervengewebes im Serum oder das Resultat der Fäulniss ist. Die Farbe der erweichten Partie entscheidet nicht über das Wesen der Erweichung (gegen Klencke [Vj. Prag. 2]); denn eine jede verschieden gefärbte Erweichung hat sich zu wiederholten Malen als mit Entzündung zusammenhängend herausgestellt, obwohl im Allgemeinen die gelbe und weisse Erweichung meist nicht entzündlich sind, während die braune (?) gewöhnlich der Entzündung ihr Entstehen verdankt. Die *rothe* Erweichung hängt (wie schon bekannt) gewöhnlich von Congestion und dem directen Ausschwitzen des Blutes ab, die *gelbe* von der Imbibition des Färbestoffes des Blutes, die bräunliche und graufärbige (?) von der Gegenwart brauner Exsudatkörperchen, und die *weisse* war in der Mehrzahl der Fälle Folge der Maceration im Serum, und daher blos Sectionsbefund. In keinem Falle liess sich aber die Erweichung auf das Vorhandensein oder eine Infiltration von Eiter zurückführen. In Hinsicht der Symptome macht er blos im Allgemeinen auf deutliche Störungen in der Sensibilität und Motilität bei der Entzündung der Centraltheile des Gehirns aufmerksam, während der Entzündung der peripherischen Theile Störungen in der geistigen Sphäre zukommen. Auch ist nach ihm Contractur einer oder beider Extremitäten ein gewöhnliches Symptom der idiopathischen entzündlichen Gehirnerweichung. — Schliesslich erklärt er die Erweichung, welche apoplektische Blutklumpen oder Blutinfiltrationen umgibt, nicht als Entzündung, und hält die von Dr. Sims beschriebenen bräunlichen Flekken für kein sicheres Zeichen einer stattgefundenen Heilung der ent-

zündlichen Erweichung. Übrigens kann in mehreren Fällen die Entzündung der Nervencentra der Untersuchung der tüchtigsten Anatomen entgehen, wenn diese sich nicht des Mikroskops bedienen.

Dr. Berlyn (C. Rh. 5) erzählt den Verlauf eines **Hirnabscesses**, den er Balgabscess nennt. Bei einem jetzt 32 Jahre alten Manne war, als er in seinem 10ten Jahre den Typhus überstanden hatte, eine Otorrhoea mit Taubheit des linken Ohres zurückgeblieben, die durch 13 Jahre anhielt. Nach dem endlichen Aufhören des Ohrflusses traten Erscheinungen in der linken Kopfhälfte ein (unter denen heftige Kopfschmerzen die wichtigsten waren), die auf einen Hirnabscess hindeuteten und dessen Gegenwart durch den endlich erfolgten eiterigen Ausfluss aus dem linken Nasenloche bestätiget ward. Später sollen aus demselben sich talgartige, weissgrauliche, stinkende Massen von Erbsen- bis Haselnussgrösse zu wiederholten Malen entleert haben, bis zuletzt der Balgabscess mit seinen Häuten selbst auf demselben Wege zum Vorschein kam (?) — Der Kranke ist jetzt ganz gesund, nachdem er seit seinem 23. Jahre die Erscheinungen des Hirnabscesses darbot. — Ein anderer Fall von einem bedeutend grossen *Abscess in der oberen Partie der rechten Hemisphäre*, der bei einem Mann in Folge eines Schlages auf die Stirn und die rechte Schläfengegend entstanden war, und den Dr. Lépine in der k. Académie de médecine mittheilte, ist besonders dadurch bemerkenswerth, dass die *Lähmung anfangs auf der rechten Seite* vorkam, und erst später allgemein wurde. Der Kranke starb 2 Monate nach erlittenem Trauma.

Über **Hydrocephalus** in einer späteren Lebensperiode stellt Kennedy (Dubl. J. of med. sc. Jul. 1843) einige Schlussfolgerungen auf, die auch nicht zu den interessantesten über diesen Gegenstand gehören. Die Krankheit, die man oft zwischen dem 12. und 25. Jahre beobachtet, ist ihrem Wesen nach eine specifische und zwar scrofulöse Entzündung (schon längst bekannt). Sie kommt beim weiblichen Geschlechte viel häufiger als beim männlichen vor, so zwar, dass K. das Verhältniss 2:1 aufstellen zu müssen behauptet. In den meisten Fällen beginnt nach ihm das Übel mit heftigen Fiebersymptomen, welche durch 10 bis 14 Tage anzuhalten pflegen, ehe die übrigen Erscheinungen des Hydrocephalus ausgeprägt sind. Dieser Beginn der Krankheit mit Fieber soll eine ungünstige Prognose abgeben. Unter den pathognomonischen Symptomen sollen verschiedene Störungen des Gesichtes und namentlich Strabismus die ersten sein. In anderen Fällen beginnt die Krankheit mit heftigem Kopfschmerze, der den Kranken zu jeder Beschäftigung untauglich macht. — Der Puls soll durch die ganze Dauer der Krankheit die Eigenschaften des Hydrocephalus darbieten (welche sind diese? Ref.). An der Basis des Schädels finden sich am

öftesten die Symptome der Entzündung, die überdies von mehr oder weniger Ausschwitzung in die Ventrikel begleitet ist. Die *Therapie* ist sehr mager abgehandelt. — Der zur Diagnose der *grossen Wasseransammlung in und auf dem Gehirne* gelieferte Aufsatz von Nasse (C. Rh. 1) dürfte wohl zur Aufhellung der Diagnose dieser Krankheitsform nicht viel beitragen. Überzeugt, dass wir bis itzt noch kein Zeichen haben, die seröse Ansammlung *auf dem* Gehirne von der *in den Ventrikeln* zu unterscheiden, ja dass selbst die Punction bei Hydrocephalus über den Sitz des Serums nicht hinreichend Aufschluss in allen Fällen verschaffen könne, glaubt N., dass das *Erbrechen*, das überdies häufig mit Enge der Pupillen, Empfindlichkeit des Gehörs und Krämpfen der Gliedmassen einhergehe, als das sicherste Symptom für ein Leiden der Hirnhöhlen zu betrachten sei. Er zählt das Erbrechen unter die *Symptome des Reitzes*, die bei einem Erguss in die Hirnhöhlen dadurch entstehen, dass die dünne ein freies Alkali enthaltende Flüssigkeit in die Substanz des Gehirns eindringe, und diese verändere. Bei einem Ergusse auf das Gehirn sind die Symptome des Druckes die hervorstechendsten, ja auch bei der Whytt'schen Krankheit (Hydrocephalus acutus infantum) hört das Erbrechen als Symptom des Gehirnreitzes auf, wenn die Menge des Wassers zugenommen hat, indem dann die Symptome des Druckes hervortreten. (?)

Als einen Beitrag *zur Lehre von den Krankheiten der nächsten Umgebungen des Gehirnes und Rückenmarkes* erzählt Scharlau (W. 5. 6) 4 Krankheitsgeschichten, von denen die 3 ersten — Fälle von rheumatischen Affectionen der harten Hirnhaut enthalten, die 4te als Hypertrophie der Schädelknochen bezeichnet wird. — Der 1te Fall betraf eine 32jährige Frau, die nach einer Verkältung von reissenden Schmerzen im Kopfe, Rücken und Unterleibe befallen ward. Als Zeichen der rheumatischen Affection der harten Hirnhaut des Gehirns und Rückenmarks mit seröser Überfüllung der Hirn- und Rückenmarkshöhlen erwähnt Sch. Bewusstlosigkeit, mässig erweiterte gegen Lichtreitz unempfindliche Pupillen, in die Höhe gezogenes oberes Augenlid; das bleiche Gesicht hat den Ausdruck einer Wahnsinnigen, der Mund steht offen, zuweilen wird die Unterlippe eingesaugt, Amaurose, Augenrollen, zeitweilige Zuckungen in den oberen Gliedmassen, wobei vorzüglich sämmtliche Strecker thätig sind, eingezogener Unterleib. Erbrechen alles Genossenen bei reiner und feuchter Zunge und Schmerzlosigkeit der Magengegend, Hyperaesthesie der Haut zu beiden Seiten des Unterleibes. Dabei lag die Kranke theils auf dem Rücken, theils auf dem Bauche in der Diagonale des Bettes mit gerade ausgestreckten Schenkeln und Armen, der Puls zählte nur 75, und war gefüllt. Die Haut trocken, Urin braun und reagirte sauer, — Stuhlverstopfung. Keine Lähmung, keine Empfindlichkeit der Dornfortsätze beim Drucke.

Die bekannte Antiphlogose stellte die Kranke in kurzer Zeit wieder her. — Der 2te Fall, den Sch. *für Rheumatismus der harten Hirnhaut mit gleichzeitiger Polycholie erklärt*, wo der Rheumatismus wohl mit Blutcongestion vergesellschaftet war, *ohne dass es jedoch schon zur Ansammlung von Serum gekommen wäre*, betraf eine im 8. Monate schwangere Frau, bei der als örtliche Erscheinungen heftige *Kopfschmerzen* bis in die *Nasenwurzel sich erstreckend*, *mässig erweiterte für Lichtreitz doch noch empfindliche Pupillen*, Blindheit, sehr geröthetes Gesicht, Injection der Bindehaut, unruhige Lage in Begleitung eines heftigen Fiebers (Puls 130) mit ausgesprochenen gastrischen und biliösen Erscheinungen angegeben sind. Das Sehvermögen kehrte schon nach 3 Tagen zurück. Strenge Antiphlogose — nebstbei Senna mit Tart. stib. — Den 3ten Fall erklärt Sch. *für eine rheumatische Affection der harten Hirnhaut mit Congestion, Wasseranhäufung in den Ventrikeln und einen gallichten Zustand*, welche eine 38jährige im 6. Monate schwangere kräftige Frau befiel, bei der die Symptome des Hirnleidens allmälig folgendermassen sich entwickelten: *Reissende bis in die Nasenwurzel sich erstreckende Kopfschmerzen und Schmerzen in der Gegend der Lendenwirbel*, Röthung des Gesichtes, *injicirtes Auge*, gallichtes *Erbrechen* bei weichem, blos im rechten Hypochondrium schmerzhaften Unterleibe, *maniakalische Delirien*, *Strabismus mit Doppeltsehen*, *Bewusstlosigkeit mit Delirien*, *erweiterte und unbewegliche Pupille*, *Blindheit (das Gehör blieb ganz normal)*, synochales Fieber mit einigen biliösen Erscheinungen und acuter Rheumatismus im rechten Hand- und Kniegelenke, der aber erst in den letzten Tagen auftrat. Der während des Krankheitsverlaufes erfolgte Abortus war ohne Einfluss auf die Krankheitserscheinungen. Der Tod erfolgte binnen wenigen Tagen und die Section ergab gallertartiges milchiges Exsudat an der inneren Fläche der harten Hirnhaut, viel Serum unter der Pia mater und in den Hirnhöhlen, gallertartiges Exsudat an der Kreutzung der Sehnerven. Der Verfasser gibt zu diesen Fällen eine nicht mehr zeitgemässe Unterscheidung einer dynamischen und congestiven Form des Rheumatismus, eine misslungene Theorie über den Übergang der erstern in die letztere, so wie auch einige Bemerkungen über die Wirkungen des Aderlasses im Blute und die kritischen Ausscheidungen. Zuletzt will er als Schlusssatz aufstellen, dass das Wesen der Entzündungen in einer durch *Überfluss von Kohlenstoff* verletzten Blutmischung begründet sei. Auch glaubt der Verf. nicht entscheiden zu können, ob in den 2 letzten der erwähnten Fälle der Status biliosus Folge der Erkältung oder Folge der Hirnaffection war. Ref. glaubt das letztere behaupten zu müssen. — Der 4te Fall, den uns Sch. als *Hypertrophie der Schädelknochen* aufführt, weil die Section

keine andere krankhafte Veränderung nachweisen konnte, ist eigentlich eine tödtlich endende Ecclampsia parturientium (im 8ten Monate der Schwangerschaft), die schon nach 28stündiger Dauer unter Convulsionen, Bewusstlosigkeit und Koma zum Tode führte. Die Schädelknochen waren sehr dick und derb, die Diploe fast ganz verschwunden: die Augenhöhlentheile des Stirnbeins zeigten eine starke Entwickelung der Juga cerebralia, ja selbst Höckerbildungen, wodurch der Raum der Schädelhöhle sehr verkleinert wurde.

Über die **Hirnhaemorrhagien** haben wir nur einige wenige Beobachtungen mitzutheilen: Freschi (93) berichtet einen Fall von *Lähmung* der beiden rechten Extremitäten bei einem 50jährigen Weibe. Die Hirnhaemorrhagie fand auch in der rechten Hemisphäre Statt, wo sich eine sehr grosse Höhle, die theils geronnenes, theils flüssiges Blut einschloss, vorfand. Der Tod war in wenigen Stunden, nach Eintritt des apoplektischen Anfalles erfolgt. In Betreff der *Apoplexie des kleinen Gehirnes* bemerkt Cruveilhier (XII), dass, wenn dieselbe auch seltener als jene des grossen ist, er doch in der Salpêtrière häufig apoplektische Narben im kleinen Gehirne, namentlich bei Kranken aus der Abtheilung der Unheilbaren gefunden habe. Die meisten davon starben an latenten Pneumonien oder an einer Apoplexie des grossen Gehirns. Über die frühere Gesundheit der betreffenden Kranken erfuhr C. nur wenig, doch liessen sich in der Mehrzahl der Fälle eine hemiplegische oder allgemeine Muskelschwäche und ein Darniederliegen der intellectuellen Fähigkeiten nachweisen. Durch seine Beobachtungen glaubt er in Bezug auf Apoplexie überhaupt folgende Schlüsse gerechtfertiget: 1. Bei Apoplexien des kleinen Gehirns ist Heilung möglich, wenn auch eine bedeutende Zerstörung vieler Lamellen Statt gefunden hat. 2. Die Extravasate kommen häufiger in den Blättern als in der Tiefe des Cerebellum vor. 3. Wenn die Extravasate im grossen Gehirne dem serösen Überzuge der Seitenventrikel sehr nahe liegen, oder wenn die Hemorrhagie in die Ventrikel oder in die Höhle der Arachnoidea erfolgt, so wechselt Rigidität der gelähmten Gliedmassen mit Schlaffheit derselben ab. 4. Wenn die Apoplexie im kleinen Gehirne nicht gleich in den ersten Tagen tödtet, so folgt der Tod meist durch Lungenaffection, Infarctus, Oedem, Pneumonie. Endlich stimmt er der Behauptung Esquirol's bei, dem zu Folge die apoplektischen Zerstörungen im grossen und kleinen Gehirne mit dem höchsten Grade von Idiotismus endigen, mag sich die Zerstörung schon durch grosse Extension auszeichnen, oder mag sie eine vielfache sein. Drei bei dieser Gelegenheit von ihm erzählte Beobachtungen liegen den obigen Schlussfolgerungen zu Grunde. — Über das Vorkommen der *Contracturen bei Hirnapoplexie* gibt Durand-Fardel (Av

gen. de med. — N. Bd. 28. n. 14) einige interessante Mittheilungen. — In 31 Fällen von Hirnhaemorrhagie, die er beobachtete, fand 18mal Ruptur des Herdes in die Ventrikel Statt, 8mal war es Apoplexia intermeningealis, und 5mal ein unscheinbarer Erguss in die Substanz der Hemisphäre. In den 18 Fällen von Ventrikelhaemorrhagie beobachtete er 13mal Contractur der gelähmten, 2mal der nicht gelähmten Theile und 3mal einfache Erschlaffung ohne Contractur. In den 8 Fällen der Apoplex. intermen. war 6mal Contractur der gelähmten Glieder, 1mal der nicht gelähmten Seite und 1mal einfache Erschlaffung. Übrigens zeigt sich die Contractur zu verschiedener Zeit; denn manchmal trat sie gleich im Beginne der Krankheit, manchmal erst kurz vor dem Tode und in anderen Fällen in jeder Periode während des Krankheitsverlaufes ein. Auch der Grad der Contractur ist bei verschiedenen Kranken sehr ungleich, denn zuweilen ist sie so stark, dass nicht die geringste Extension und Flexion der contrahirten Gliedmassen erlaubt ist, während sie in anderen Fällen durch blosses Starrsein der Gelenke sich ausspricht. — Als Endresultat ergibt sich aus seinen angeführten Beobachtungen: *„dass die Contractur eine sehr häufige Erscheinung bei der Apoplexie sei, dass sie fast immer bei Ruptur in die Ventrikel oder in die Meningen, sowohl in den gelähmten als auch nicht gelähmten Gliedern, selten jedoch in Folge von Blutungen sich zeige, die auf die Substanz der Hemisphäre sich beschränken.“* (Dem Ref. scheinen die Veränderungen in der Umgebung des haemorrhagischen Ergusses im Gehirn von D. F. nicht genug gewürdiget zu sein, weshalb er Gendrin's Behauptung beistimmt, der zu Folge die Lähmung mit Schlaffheit der gelähmten Muskeln sich auf das Vorhandensein eines apoplektischen Herdes im Gehirn bezieht, die Lähmung mit Contractur aber entweder einen primären oder nach der Blutung eingetretenen Entzündungsherd anzeigt.)

Beim **Delirium cum tremore** will Dr. Kersten (M. Bd. 62. H. 3) folgende anatomische Veränderungen, die er bei anderen Auctoren nicht genug gewürdiget findet (?), als *constante* aufstellen: „Innige Verwachsung der Dura mater mit der Arachnoidea gerade auf dem Vertex, und sehr häufig sehr feste Verwachsungen der Dura mater mit dem Schädelknochen.“ Auch die Hemisphären waren mit einander mittelst Filamente in der Regel, und oft sehr innig, verwachsen. Die Hirnsubstanz soll meist gelber gewesen sein (?). Nicht selten fand sich Lymphe auf den Hemisphären und der Dura mater oder mit Serum gefüllte Blasen auf der Dura mater, Erscheinungen, die sämmtlich auf vorausgegangene Entzündungen der Dura mater und Arachn. hindeuten. — Braschet (J. de med. de Lyon. Dec.) rühmt die gute Wirkung des *Ammoniums* beim Delirium.

Über **Epilepsie** liefert Leuret (Av. gén. Mai 1843) einen Aufsatz, in welchem er einen Überblick der Ursachen, Symptome, des Verlaufes und der Ausgänge dieser Krankheit bei 106 im Bicetre daran behandelten Individuen gibt. *a) Disposition.* Die meisten ersten Erkrankungen (24 von 106) fand er in dem *Alter* von 10—14 Jahren, weniger in den folgenden bis zum 24. Jahre. Nach diesem Jahre ist die Zahl der Erkrankten schon sehr gering. Das Kindesalter glaubt er eben so geneigt zu diesem Übel als das Jünglingsalter, obschon er das Verhältniss nicht ermitteln konnte, da sehr junge Kinder nicht dem Bicetre zur Behandlung übergeben werden. Die *Erblichkeit* schlägt L. als disponirendes Moment gar nicht hoch an, denn er fand sie in 106 Kranken nur 7mal, und in 8 anderen Fällen litten die Verwandten nicht an der Epilepsie, sondern zeigten nur anderweitige Hirnleiden. — Da die Epilepsie gewöhnlich in der Jugend beginnt, so ist es ganz natürlich, dass sie sich nur selten unter dem Einflusse eines gewissen *Standes oder Gewerbes* entwickelt; auch zählte L. unter den 106 nur 85 Individuen, die ein Gewerbe trieben, konnte jedoch in keinem Falle das Gewerbe als Ursache betrachten. In einzelnen Fällen (Bleiepilepsie) stellt er den Einfluss des Gewerbes jedoch nicht in Abrede. *Trunkenbolde* (30), *Zornmüthige* (24) und *Onanisten* (24) wurden am häufigsten befallen, während hinsichtlich des Einflusses der übrigen Eigenschaften, Gewohnheiten, Laster und vorausgegangener Krankheiten kein bestimmtes Resultat sich erzielen liess. *b)* In Hinsicht der *wirklichen oder muthmasslichen excitirenden Ursachen* der Epilepsie konnte bei 39 Kranken gar keine angegeben werden, bei den anderen 67 war 35mal Furcht, 12mal *Onanie*, 6mal *Trunk*, 2mal *Zorn* das excitirende Moment. (Die anderen von L. in einzelnen Fällen angeführten Ursachen sind hier übergangen, da der erste Anfall nicht unmittelbar auf sie folgte.) — *c) Verlauf.* Die Zahl der eine gewisse *Regelmässigkeit* in ihrer Wiederkehr beobachtenden Anfälle ist viel bedeutender, als die der unregelmässig auftretenden, denn bei 30 Kranken erscheinen sie alle 14 Tage, bei 17 jedes Monat, bei 13 jeden 8. Tag, bei 9 alle 3—4 Tage, bei 4 täglich u. s. f. und nur bei 24 war ihre Wiederkehr ganz unbestimmt. *In der Nacht* kamen die Anfälle häufiger als bei Tage (des Nachts 35, bei Tag und Nacht gleich häufig 29, besonders des Tags 12 u. s. f.). Hierbei macht L. die Bemerkung, dass die Nacht nicht so sehr durch ihren meteorologischen Einfluss, als vielmehr dadurch der Rückkehr der Anfälle günstig sei, dass die Kranken im Zustande des Schlafens und Liegens sich befinden; denn mehrere Kranke, die auf sein Anrathen zur Stunde des erwarteten Anfalles nicht schliefen und sich aufrecht erhielten, blieben davon frei; und ein junger Mann bekam nie

den Anfall, wenn er auf seinen Reisen die Nacht im hängenden Wagen zubrachte, obwohl er sich in demselben dem Schlafe überliess. Die meisten Anfälle ereigneten sich weiter in den Monaten Februar, Jäner und November, also in Monaten mit sehr geringer Temperatur; die geringste Anzahl von Anfällen zählte der August, October und Juni. Im Durchschnitte hatten der *Winter und Herbst* die meisten Anfälle aufzuweisen. Den Einfluss *des Mondes* fand L. durchaus nicht bestätiget; denn er sah im zu- und abnehmenden Monde eine gleich grosse Anzahl von Anfällen. (Bei 70 Epileptischen stellte er deshalb ein ganzes Jahr hindurch Beobachtungen an.) Einen wichtigeren Einfluss schreibt er dem *elektrischen Zustande der Atmosphäre* zu, da bei stürmischem Wetter die Anfälle öfter wiederkehrten, als bei ruhigem. Unmässigkeit und Onanie, die schon für die Entstehung des Übels so wichtige Momente abgeben, sind ebenfalls häufige Veranlassungen zur Wiederkehr der Anfälle. (In Hinsicht der geschlechtlichen Begierden bei epileptischen bemerkt L., dass sie in vielen Fällen so unmässig sind, dass er sie eine von der Epilepsie abhängige organische Thätigkeit nennen zu müssen glaubt.) In mehreren Fällen beobachtete L., dass die Kranken unruhig, aufgeregt und schlaflos etc. wurden, wenn ein oder mehrere, sonst gewöhnlich regelmässige Anfälle ausgeblieben sind, und glaubt deshalb, dass der wiederkehrende Anfall als eine Art Krisis zu betrachten sei, der die Kranken von ihrem Leiden befreit. Obwohl der *Anblick* anderer Epileptischen häufig Anfälle bei mit Epilepsie Behafteten hervorzurufen scheint, so schreibt dies L. doch nicht so sehr einem psychischen Contagium, als vielmehr einem zufälligen Zusammentreffen zu. (Die Fortsetzung seiner Beobachtungen, besonders in therapeutischer Hinsicht, verspricht er bald zu liefern.) — Tanoni (Gaz. med. di Milano) heilte durch grosse Gaben von Sulf. Chinini eine *Epilepsie*, deren Anfälle täglich 3mal fast zu bestimmten Stunden wiederkehrten und die durch 2 Monate mit anderen Mitteln fruchtlos behandelt wurde. Die Krankheit war durch Schrecken entstanden. — Als *Ursache* epileptischer Anfälle, die sich durch 3 Monate jeden Abend wiederholten, bis der Tod eintrat, fand der Wundarzt Heller (C. W. 32) bei einem 16jährigen Jünglinge eine grosse Hydatide in der rechten Hemisphäre des grossen Gehirnes. — Dr. Lemoine (Revue méd. Oct. 1843) empfiehlt zu weiteren Versuchen bei Epilepsie eine Mischung von 64 Theilen Aq. flor. tiliae, 12 Theile Aq. lauroceras., 32 Theile Syr. flor. aurant. und 12 Tropfen Ammon. pur. liquid., wovon 3 Esslöffel voll täglich zu nehmen sind. In einem Falle will er Heilung, in 2 anderen Minderung der Anfälle darnach beobachtet haben.

Einen Fall *von* **Melanose des Gehirns** *mit Erweichung* desselben. Es beobachtete Dr. Mayer in Kornthal (C. B. 46. v. J.) bei

einem rhachitischen Mädchen, die seit ihrem 12. Jahre nach einem überstandenen Kopfrothlauf an periodisch wiederkehrenden heftigen Kopfschmerzen gelitten hatte. Sie verlor dabei ihre frühere Munterkeit, und war häufig in stilles Nachdenken versunken; ihre geistige Ausbildung ging rasch von Statten. In ihrem 15. Jahre (August 1843) zeigten sich in allmäliger Entwickelung folgende Symptome: *Erbrechen, heftiger linksseitiger Kopfschmerz* in der Verbindungsgegend des Schuppentheiles des Schläfebeines mit dem Seitenwandbeine, *Blässe des Gesichtes, Schwierigkeit in der Aussprache, Sopor, automatische Bewegungen nach der schmerzenden Kopfstelle*, der *Kopf* meist nach *der rechten Seite geneigt, Krampfanfälle, Pupillen*, besonders des rechten Auges *sehr erweitert, Stuhl und Harn unwillkürlich;* Puls 45—50; Haut kühl. Am 12. Tage *Lähmung* des rechten Armes und der rechten Gesichtshälfte, *vollkommene Bewusstlosigkeit.* Tod am 16. Tage, nachdem in den letzten Tagen der Puls 120—130 zählte. — Die Section ergab die Hirnmasse der beiden Hemisphären durch zahllose schwarzbraune sternförmige Punkte von verschiedener Grösse wie marmorirt. Der untere Theile des linken mittleren und hinteren Lappens des grossen Gehirns in einen unförmlichen Brei zerflossen, in welchem mehrere feste länglichrunde Körper lagen, in eigentliche Bälge eingeschlossen und von der Grösse einer Erbse bis zu der einer Wallnuss. Beim Durchschneiden erwies sich ihr Inhalt als eine schwarze bröckliche Masse. (Ref. erkennt in dieser anatomischen Schilderung nur die Zeichen einer Hirnhaemorrhagie und Erweichung, nicht aber eine Melanose.) Dr. Dotzauer in Bamberg (W. 2) theilt einen Fall von *Medullarsarkom* am Hinterkopfe eines neugeborenen, nach einigen Tagen gestorbenen Kindes mit, der blos in anatomischer Hinsicht einiges Interesse erregen kann. Es befand sich nämlich in dem Hinterhauptsknochen $^1/_4$ Zoll über dem grossen Hinterhauptsloche eine, ein Sechskreutzerstück grosse Öffnung, aus welcher die Dura mater getreten und welche mit der medullarsarkomatösen Masse angefüllt war. Die Geschwulst war also gestielt, hatte die Grösse eines Hühnereies und das Aussehen des Hodensackes eines Mannes.

In einer kurzen Abhandlung über **Spinalirritation**, theilt Eisenmann (Zg. 1) dieselbe nach ihrem Entstehen in eine *protopathische, deuteropathische* und *sympathische* ein. Die ganze Abhandlung enthält Nichts, was in früheren Auctoren über Spinalirritation nicht enthalten wäre, und es möge hier blos der zu häufige Zusammenhang der Spinalirritation mit Herzkrankheiten erwähnt werden, den E. so sehr hervorheben zu müssen glaubt. Da man schon lange und häufig das Zusammentreffen und Wechseln von Chorea mit Gelenksrheumatismus beobachtet hat, so glaubt er der Behauptung Bright's beitreten zu müssen,

der die Chorea für ein Symptom der Spinalirritation hält, die er sich durch Reflex der Herzentzündung (in Folge des Rheumatismus entstanden) auf das Rückenmark erklärte. Einen Fall von Convulsionen bei einer 38jährigen Bäuerin, die früher an Rheumatismus gelitten haben soll, und bei der E. durch die Auscultation eine Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel diagnosticiren zu müssen glaubte — kann Ref. leider gar nicht als Beleg für die obige Ansicht gelten lassen, da es nicht zur Genüge ersichtlich gemacht ist, dass jene Convulsionen Symptom einer Spinalirritation waren, und da auch die Behauptung, dass durch die Auscultation eine Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel erkannt wurde, eine Unkenntniss der Auscultation verräth und deshalb gar keinen Glauben verdient.

Auf die *Complication von* **Chorea** mit Herzbeutelentzündung macht auch Foville (G. 1) aufmerksam, und stellt die Untersuchung des Herzens bei jeder schweren und schnell entstandenen spasmodischen Affection als dringende Nothwendigkeit dar. Er führt 2 Fälle eigener Beobachtung an, von denen der erste eine 21jährige Frau betraf, die durch längere Zeit an Rheumatismus litt, der auch zur Entstehung von Perikarditis Veranlassung gab. Im Monate März 1841 wurde sie von den heftigsten Convulsionen befallen (die F. als Chorea bezeichnet) und starb schon nach 3 Tagen. Die Section ergab nichts als die schon bei Lebzeiten durch die Auscultation erkannte Perikarditis. — In dem 2ten Falle starb ein 9jähriger Knabe an Entzündung des Herzbeutels (oder vielmehr an deren Folgeübeln), der im Verlaufe derselben von sehr heftigen convulsivischen Bewegungen einer Körperhälfte befallen wurde, die gegen das Lebensende wieder allmälig verschwunden sind. — Die Section ergab Verwachsung des Herzbeutels mit dem Herzen, Hypertrophie und Erweichung der Herzsubstanz, Verdickung der Mitralklappe. — (Sind diese Fälle auch zur Chorea zu rechnen? Ref.) Dass die durch einen hohen Heftigkeitsgrad ausgezeichneten Formen von Chorea fast stets tödtlich enden, bestätiget auch Trousseau (J. Kdk. Bd. 2. Hft. 2), der uns berichtet, dass in Paris alljährlich mehrere junge Mädchen zu Grunde gehen, bei denen die Krankheit plötzlich ohne bekannte Ursache unter den fürchterlichsten Symptomen auftritt. Ein Fall, den er uns aus seiner Klinik mittheilt, wurde an einem 16jährigen Mädchen beobachtet, das seit 2 Jahren menstruirt, vor 8 Monaten in Folge einer Verkühlung die Menstruation verlor. Im December 1842 kündigte sich das Übel durch erschwertes Sprechen, heftige Bewegungen des Unterkiefers und unwillkürliche Muskelbewegungen der Gliedmassen der linken Seite an. Nach 8 Tagen war auch die rechte Seite ergriffen, zugleich nahm das Gehör besonders auf dem linken Ohre ab, und das linke Auge wurde

amblyopisch; später trat Lähmung der ganzen linken Körperhälfte bei vollkommen freiem Sensorium ein. Tr. gab Strychnin, und nach wenigen Tagen seines Gebrauches war die Kranke von ihrem Leiden befreit, und als nach 5 Tagen durch Schreck dasselbe Übel wiederkehrte, ward es durch dasselbe Mittel in Kürze bekämpft. Als jedoch nach Verlauf von wenigen Tagen zum dritten Male die Chorea erschien, wurden die Convulsionen so heftig, dass schon nach kurzer Dauer derselben unter Hinzutritt von Koma der Tod erfolgte. Tr. wandte diesmal durch die Heftigkeit der Convulsionen bewogen das Morphium sulfuricum an, und bedauert, nicht abermals zur Nux vomica geschritten zu sein, mit der er bei Chorea die schönsten Resultate erzielt zu haben behauptet. Ausser mässiger Hyperaemie der Hirngefässe zeigte sich in der Leiche keine nachweisbare Abnormität. — Der 2. Fall, den Dr. Blache beschreibt, ereignete sich bei einem 15½ Jahre alten Mädchen, die seit einem Jahre 2mal menstruirte. Sie erkrankte ohne bekannte Ursache am 18. Jäner und starb am 12. Februar 1840, nachdem die heftigsten Convulsionen, während denen das Bewusstsein ungestört blieb, durch kein Mittel gehoben werden konnten. Der Sectionsbericht ist wohl nicht befriedigend dargestellt, doch geht daraus hervor, dass Hyperaemie des Gehirns und seiner Häute, und Infarctus des hinteren Theiles der linken Lunge die einzigen bemerkenswerthen Veränderungen waren. (*Die rothe Färbung der Corticalsubstanz des Gehirns*, die im Sectionsbefunde erwähnt wird, ist für uns ohne diagnostischen Werth, da weder der Ort und die Ausdehnung derselben, noch der Consistenzgrad der roth gefärbten Partien bemerkt wird. — Jedenfalls stehen die genannten Veränderungen in keinem Verhältnisse zu den Erscheinungen während des Lebens. Ref.) — Ferner berichtet Turnbull (G. L.) einen Fall von *Chorea* bei einem 14jährigen Mädchen, die auf der rechten Seite von Convulsionen und linkerseits von Paralyse befallen war. Wegen Schmerzhaftigkeit der Cervicalwirbel wurden Blutegel daselbst adplicirt, innerlich Kalomel mit Aloë verabreicht und so in 14 Tagen die Heilung herbeigeführt.

Die Heilung eines **Tetanus** *rheum.* durch grosse Gaben Chinin. sulf. (G. 8) und eines andern durch grosse Gaben der Opiumtinctur (Z. Ausl. Bd. 25. Hft. 1) bietet weiter nichts Besonderes dar; so auch die glückliche Behandlung eines Tetanus traumat. durch grosse Gaben Chin. sulf. mit Acet. Morph. (G. H. 17). Dr. Basedow (W. 2) sah einen *Tetanus* dadurch entstehen, dass ein Kranker ein wegen Kehlkopfskatarrh applicirtes Vesicans, das ganz frisch bereitet war, zwei Tage lang am Halse liegen liess. Der Tetanus dauerte durch 8 Tage an und wurde nach Stütz's Methode geheilt. — Bei dieser Gelegenheit spricht sich B., durch mehrere

Beobachtungen belehrt, zu Gunsten der Anwendung grosser Gaben von *grauer Quecksilbersalbe* bei Trismus und Tetanus nach Monro's Anempfehlung aus, macht auf eine ruhige Rückenlage bei *spastischer Skoliose rheumatischer Wirbelaffection und Tetanus* aufmerksam und schliesst seine epikritischen Bemerkungen damit, dass, gleichwie im obigen Falle der Tetanus durch Reflex entstanden war, auch die nach Verbrennungen, Vesicantien etc. zurückbleibenden Verziehungen einzelner oder mehrerer Muskeln oft reflectirte Verziehungen sind, und nicht immer für blosse Angewöhnungen gehalten werden dürfen. Aus 2 beigefügten Krankheitsgeschichten glaubt er die letztere Behauptung entnehmen zu müssen. — Der Ansicht von Lawrence, welcher auf die Erfüllung der Causalindication bei dieser Krankheitsform wenig Werth legt, widerspricht Aberle (aZg. 8), gestützt auf nachstehenden Fall: „Bei einer 20jährigen Nähterin war nämlich der Tetanus dadurch entstanden, dass sich diese einen Holzsplitter unter den Nagel des rechten Mittelfingers stiess. Da die Kranke häufig an hysterischen Krämpfen litt, so wurde auch der Ursprung des Tetanus in der Hysterie vermuthet und erst nachdem die verschiedensten Mittel fruchtlos angewandt worden waren — zur Amputation des Mittelfingers geschritten. Der Holzsplitter soll gerade im Nerven gesteckt sein (!). Übrigens verdient aus dem ganzen Falle blos noch hervorgehoben zu werden, dass das Ol. terebinth. in Klystiren nach Gibbon (eine halbe Unce 3mal des Tages) nach 8tägigem Gebrauche Nachlass der Krämpfe bewirkte, nachdem die Kranke durch 6 Wochen vollkommen bewusstlos und tetanisch gewesen sein soll (?), während welcher Zeit alle bekannten Mittel ohne Erfolg in Gebrauch gezogen wurden. Die Wiederkehr neuer Anfälle konnte das Ol. tereb. jedoch nicht verhindern und deshalb wurde auch die Amputation endlich beschlossen und verrichtet. — Wenn Gourbeyre (Edinb. J. Jul. 1843) Ekchymosen an der äusseren Fläche der Dura mater des Rückenmarkes, Haemorrhagie zwischen die Häute desselben und Erweichung der Substanz des Rückenmarks als Sectionsbefund in einem Falle von Tetanus angibt, so liefert er uns hiermit nur eine Bestätigung bereits bekannter Thatsachen. Dasselbe gilt auch von der Entzündung der Nerven der verletzten Theile, die er öfters bei traumatischem Tetanus beobachtet hat. — Wohl will auch Aberle im obigen Falle die Nervenentzündung ausgehend vom Mittelfinger beobachtet haben, allein die von ihm angeführten Erscheinungen sind zu unbestimmt für diese Entzündung, dass Ref. eher eine Phlebitis als Neuritis darin erkennt.

Unter *idiopathischer* **Contractur und Paralyse** *bei Erwachsenen* verstehen Tessier und Hermel (J. de méd. 9) die partiellen Contracturen oder Lähmungen mit Anschwellung, bisweilen aber auch mit

Schwinden des afficirten Theiles, denen durchaus keine nachweisbare Störung im Cerebrospinalsysteme zu Grunde liegt. Jedoch fanden sie in einem der mitgetheilten 6 Fälle Erweichung des Rückenmarks, und dieser liefert daher offenbar kein Beispiel von idiopathischer Contractur. (Ref). Froriep (N. Bd. 28. n. 9) zählt diese idiopathischen Contracturen und Lähmungen zu den rheumatischen Krankheitsformen und verwirft die erstere Benennung. — Als Ursache des öfteren Vorkommens der **Hydrophobie** in der Umgegend von Frankenberg beschuldiget Bezirksarzt Dr. Werner (M. St. Bd. 2) den dortigen grossen Hundestand. Er kam zu der Überzeugung, dass alle gepriesene Präservativmittel, auch Belladonna, Kanthariden und einige Geheimmittel die gehoffte Wirksamkeit gegen dies fürchterliche Übel nicht besitzen; und ging nun seit kurzer Zeit zu dem Gebrauche der Gentiana cruciata nach der bekannten Methode von Lalič (XV). die dieser aufs Neue in einer kleinen Brochure auseinandersetzt) über, heilte 3 Kranke damit vollkommen und bewirkte bei einem Kranken wohl Nachlass aller Erscheinungen der ausgebrochenen Wuthkrankheit, ohne den Tod jedoch verhindern zu können. (Der Kranke hatte früher die verschiedensten Präservativa gebraucht.) W. bemerkt, dass es nöthig sei die Gentiana im ersten Stadium der Wuthkrankheit, wo das Nervensystem noch nicht allgemein ergriffen ist, anzuwenden, denn in einem späteren Stadium bleibt jedes Mittel, also auch die Gentiana, erfolglos. Als Symptome der Wuthkrankheit in den 3 glücklich abgelaufenen Fällen entnehmen wir aus den mitgetheilten Krankheitsgeschichten folgende: Grosse Ängstlichkeit, stierer Blick, Halsschmerz, Beschwerde beim Schlingen, heftigen Durst, Wasser- und Luftscheue, Erstickungszufälle nach dem Trinken des Wassers und bei eindringender Zugluft, Herzklopfen, Magenschmerz, Zittern der Glieder, schnellen Puls und manchmal Speichelfluss. (Diese Symptome deuten doch wohl auf ein bereits eingetretenes *allgemeines* Nervenleiden hin, wie es sich bei noch offenen Bisswunden kaum je zeigt (Red.). Nur in einem Falle beobachtete er Jucken in der Bisswunde, die an den Händen war, und von da ausgehende reissende Schmerzen in den oberen Extremitäten. Er gibt die getrocknete Wurzel zu 1 Unce am ersten Tage und in den folgenden Tagen nach Umständen zu einer halben Unce sehr klein geschnitten mit etwas Wasser zu einem Brei gestossen. Das Mittel wird 8 bis 9 Tage fortgebraucht; immer trat schon nach den ersten Dosen Heilung ein. Die Wunde erhielt W. durch 8 Wochen in Eiterung; nur bei einer Wäscherin wurde dies nicht gestattet, da sie die Bisswunden an den Händen hatte, und in ihrem Erwerb sich nicht stören lassen wollte. In Form eines Decocts gebraucht ist die Gentiana ganz wirkungslos. Die in der k. preussischen Thierarzneischule nach der Relation Hertwig's (Zg. Pr. 3)

mit dem Lalič'schen Mittel an Thieren angestellten Versuche sprechen jedoch nicht zu Gunsten dieses Verfahrens; denn 2 Hammel, die man von tollen Hunden beissen liess, starben an der ausgebrochenen Wuth, welche bei dem einen nach 24 Tagen, bei dem zweiten nach 35 Tagen zum Vorschein kam. Das Mittel wurde sogleich nach der gegebenen Vorschrift angewandt. — Die k. wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen hält jedoch die Versuche mit diesem Mittel am Menschen schon aus dem Grunde nicht für zulässig, *weil nur der prophylaktischen Behandlung der Bisswunden von wuthkranken Thieren ein wirkliches Vertrauen geschenkt werden kann*, so dass jede Unterlassung oder unvollständige Ausführung derselben, wie sie bei dem Lalič'schen Verfahren Statt findet, als eine Vernachlässigung des Kranken erscheinen muss. Eine Empfehlung zur Anstellung von Versuchen ist daher in so ferne nicht ohne Bedenken, als eine solche von Behörden ausgehende Empfehlung leicht die sorgfältige Anwendung der bisherigen prophylaktischen Mittel, auf welche laut Erfahrung doch alles ankommt, schmälern oder gar hindern könnte. — Eine *Ansteckung durch das Wuthgift* sah Derigny (N. Bd. 28 n. 9) dadurch entstehen, dass der tolle Hund die Finger seiner Herrin leckte, die daran kleine Hautrisse (s. g. Niednägel) hatte. — Als sicherstes Mittel, nach stattgefundenem Bisse der Hydrophobie vorzubeugen, gibt Dr. Freund in London (Czg. 1) folgendes Verfahren von Ainslie an. Der verwundete Theil muss sobald als möglich vollkommen gut gewaschen und gereiniget, aber keineswegs ausgesogen werden (weil man sich bei der geringsten Excoriation der Lippen anstecken kann). Ist die Wunde oberflächlich und uneben, zerrissen, so entferne man die Ränder mit der Schere und wende hierauf das Argentum nitricum in Substanz larga manu an. Hierdurch soll man einen doppelten Zweck erreichen: Zerstörung der Oberfläche nämlich, und gleichzeitige Neutralisirung des Giftes. Ist die Wunde mehr eine Stichwunde, so wird der Lapis zugespitzt, um damit bis auf den Grund reichen zu können. Oft ist selbst eine Erweiterung der Wunde nöthig, wobei man jedoch in der Art vorsichtig sein soll, dass man das Gift nicht mit dem Messer auf die frische Schnittfläche übertrage. (Dagegen könnte nur die Ausschneidung der Wunde schützen. Red.) Der Veterinärarzt Ainslie hat dieses Verfahren an sich selbst und an Hunderten von Menschen erprobt und nie eine üble Folge oder den Tod darnach eintreten gesehen. Nach der Operation setzt er die Wunde der freien Luft aus, legt deshalb keine Kataplasmata auf dieselbe, und redet, im Falle Entzündung hinzuträte, dem Verbande mit Olivenöl das Wort. — Das seit vielen Jahren vom Szekler Benjamin Kóvats in Siebenbürgen angeblich mit untrüglichem Erfolge gegen Hydrophobie angewandte, bereits 1836 in 10

Bd. von Schmidt's Jahrbüchern mitgetheilte Mittel aus Asclepias vincetoxicum, Crataegus torminalis und Knoblauch wird neuerdings (M. St. Bd. 2) zur Sprache gebracht. Ein anonymer Arzt (Gaz. priv. di Milano n. 6. — W. Ö. 9) rühmt die guten Wirkungen des *Nussöls* innerlich genommen und äusserlich mittelst Compressen auf die Wunde gelegt in mehreren Fällen von Wuthkrankheit. Ein Zufall führte in Persien zur Entdeckung dieses Antilyssum, indem nämlich ein von einem wüthenden Hunde gebissener Arbeiter in einer Nussölfabrik vor Schrecken in einen Kessel, der mit diesem Öl angefüllt war, fiel, und gesund blieb, während ein anderer von demselben Hunde gebissener Arbeiter an der Wuthkrankheit starb. Der Regimentsarzt Dr. Flögel theilt einen Fall mit (W. Ö. 11), wo bei einem Hausknechte erst 3 Jahre nach einer von einem Pferde am Vorderarme ihm beigebrachten Bisswunde die Wuth unter den furchtbarsten Symptomen zum Vorschein gekommen sein soll. Wohl wurde hier kein Prophylakticum angewandt, da das Pferd nicht wüthend, sondern blos erzürnt war und auch bei ausgebrochener Wuth keine Behandlung eingeleitet, ja selbst einen Aderlass anzustellen, fürchtete man bei dem unruhigen Kranken (!!). — Ein in einer englischen Familie erbliches *Geheimmittel* gegen die genannte Krankheit veröffentlicht Dr. Asmus (G. L. 1843. Oct.), welches besteht aus Lap.cancror. praep. Plv. gentian. rubr. *aa. uncias duabus*, Bol. *uncia una*, Gummi Myrrh. *uncia dimidia*, von welchem Pulver der Gebissene durch 3 Tage täglich 3mal eine Messerspitze voll, und zwar des Morgens im nüchternen Zustande mit Warmbier zu nehmen hat. Der Kranke wartet hierauf eine reichliche Transpiration ab, hat keine weitere Diät zu beobachten und sich keiner Kauterisation zu unterziehen (!).

Zur Physiologie und Pathologie der **peripherischen Nerven** liefert Dr. Mayer in Tübingen (Vj. 1) einen kurzen Beitrag. Nach Versuchen, die er an Thieren anstellte (er unterband nämlich die Vena cruralis der einen, und die Art. cruralis der anderen Extremität, und auf dieselbe Weise die Art. axillaris und Vena axillaris), kam er zu dem Resultate, dass mechanische Stase des Blutes in den Muskeln eine lähmungsartige Schwäche in derselben verursache, bei welcher die Bewegung wohl nicht aufgehoben, doch aber sehr gemindert ist. — Diese lähmungsartige Schwäche tritt übrigens alsogleich nach der Unterbindung der Venen auf, und ist durchaus nicht verschieden von der Lähmung, welche nach der Unterbindung der Arterien entsteht. In beiden Fällen leitet er die Lähmung von der Abwesenheit des belebenden Sauerstoffes im Blute her (?). Die Verlangsamung der Darmbewegungen bei Stockungen im Pfortadersysteme, die Schwere und Unbeholfenheit in den unteren Gliedmassen

bei Schwangeren, bei Überfüllung des Magens u. dgl. entstehen nach ihm durch mechanische Stase des Venenblutes in den genannten Theilen.

Um eine **Neuralgie** zu charakterisiren, reicht nach Valleix (Bullet. de thérap. Jul. 1843) ein mehr oder minder heftiger Schmerz nach dem Verlaufe des Hauptstammes eines Nerven oder seiner Verzweigungen (wie Chausier und andere Schriftsteller behaupten) nicht hin, da oft der Schmerz nur auf einen kleinen Punkt des Nerven concentrirt ist, und oft auch über einen sehr grossen Raum ausgebreitet ist, wie bei Pleurodynie, Lumbago etc. V. nennt daher Neuralgie jede Affection, *die ihren Sitz auf dem Verlaufe eines Nerven hat und wenigstens im Augenblicke der Exacerbation einen mehr oder minder lebhaften Schmerz beim Drucke auf einen sehr kleinen Raum erregt, z. B. durch den Druck mit der Fingerspitze oder auch bisweilen den Schmerz durch den Druck der flachen Hand, also auf einen grösseren Raum ausgedehnt, vermindern lässt.* — Hinsichtlich der *Behandlung* gibt er uns wohl kein neues Mittel an, doch theilt er seine Erfahrungen mit, denen zu Folge unter den inneren Mitteln Opium das beste gegen alle Neuralgien ist, obwohl man radicale Heilung davon nicht erwarten darf, und Terebinthina sich am wirksamsten bei N. ischiadica bewährt haben. Vom Ferrum carbonicum sah er nur selten den gehofften Erfolg; Chinin und Arsenik leisten nur bei periodischen N. etwas, und letzteres Mittel bedarf überhaupt noch einer genauern Prüfung. Über das Ol. jecor. aselli und Ferrum hydrocyanic. sind die Acten noch nicht geschlossen. Zu den wirksamsten äusseren Mitteln rechnet er Vesicantien (fliegende), Kauterisationen, reitzende Einreibungen und die endermatische Anwendung des Morphiums theils durch Vesicatorstellen, theils durch in die Haut gemachte Einstiche, — Kauterisation behufs der Zerstörung der Nerven und Durchschneidung des Nerven sind die letzten Mittel. Elektricität ist noch nicht hinlänglich erprobt. — Griesselich handelt (Hyg. Bd. 19. H. 1) über die Anwendung des *Elektromagnetismus* als *Heilmittel gegen Neuralgien* und stellt die freilich etwas sonderbare Behauptung auf, dass nur die homoeopathische Schule eine umfassende Kenntniss des Elektromagnetismus verschaffen könne?! Die ganze Abhandlung, die durch einige eingestreute Spässe gewürzt den Geschmack der Leser kitzeln soll, enthält für uns durchaus nichts Lehrreiches. Über die Heilung einer intermittirenden **Neuralgie** *des* **Ramus supraorbitalis** berichtet Dr. Knipfer (Zg. Mil.) und Waters (aZg. 4) über jene einer Neuralgie des N. dentalis inferior, die bei einer Frau seit 3 Jahren mit den verschiedensten Mitteln fruchtlos bekämpft wurde, durch die Solut. arsen. Fowler. in kurzer Zeit. Knipfer brauchte 2 Dr. zur vollkommenen Heilung und liess 3^{mal} 10 Tropfen des Tags nehmen und allmälig damit steigen.

Bei **Facialneuralgien** lobt Dr. Puppi in Belluno (W. Ö. 10) die Einreibung des Ol. hyoscyam. coct. (2 Dr.) mit Morph. acet. (Gr. 1), nachdem früher ein mit kaltem Wasser bereiteter Senfteig auf die schmerzhafte Stelle adplicirt war. Durch dieses Verfahren rühmt er sich in mehr als 30 Fällen, worunter selbst die hartnäckigsten und langwierigsten waren, Heilung erzielt zu haben. Der Senfteig bleibt nur eine Stunde lang liegen, worauf dann das Öl eingerieben, und die Einreibung jede 2. Stunde wiederholt wird. Nach Umständen (bei Fortdauer des Schmerzes nämlich) wird auch an den folgenden Tagen die Adplication des Senfteiges wiederholt; in der Regel soll die 2 oder 3mal wiederholte Anwendung des Senfteiges und die 3—4 Tage lang fortgesetzte Einreibung des Öles zur Heilung hinreichen. Auch wenn die N. am behaarten Theile des Kopfes den Sitz hätte, wendet er dieselben Mittel an.

Der Zahnarzt Talma (Av. Belg. Bd. 2. H. 9) entnimmt aus vielen in einer 17- bis 18jährigen Praxis beobachteten Fällen nachstehende wichtige Folgerungen: 1. *Rheumatische Affectionen des* **Zahnapparates** sind in Belgien sehr häufig und verdanken ihren Ursprung ohne Zweifel dem durch seine feuche Kälte, schnelle und zahlreiche Sprünge der Temperatur, und das Vorherrschen der Nord- und Nordostwinde ausgezeichneten Klima. Als prädisponirendes Moment glaubt er den ausgebreiteten Genuss des in Belgien so starken Bieres beschuldigen zu müssen. 2. Diese rheumatischen Affectionen bedingen in den verschiedenen Partien des Zahnapparates mehr weniger tiefe und wichtige krankhafte Veränderungen, indem entweder *a)* durch eine Entzündung der Beinhaut der Zahnhöhlen die Zähne locker werden und ausfallen, oder *b)* das Email besonders ergriffen wird und cariös sich stückweise abstösst, oder *c)* die Zahnwurzeln an ihrer Spitze resorbirt werden, oder endlich *d)* mehr Knochenmasse abgesondert wird, wodurch wahre Exostosen an der Oberfläche der Wurzeln entstehen. 3. Wenn diese krankhaften Veränderungen die Wurzeln der Zähne betreffen, so sind in der Mehrzahl der Fälle neuralgische Erscheinungen die Folge derselben. 4. Diese Neuralgien finden vorzüglich dann Statt, wenn an der Oberfläche der Zahnwurzeln sich Exostosen gebildet haben, wodurch die Alveolarwandungen und die umgebenden Gewebe gedrückt, gezerrt, gereitzt und abgenützt werden. Bei Caries der Krone, bei Resorption und Nekrose der Wurzel, Verdikkung, Eiterung und Erweichung des Periost's sollen die Schmerzen den ursprünglichen rheumatischen Charakter beibehalten. 5. Zur Annahme einer Krankheit der Zähne, als der Ursache der Neuralgien, ist man dann berechtigt, wenn diese letzteren scheinbar unabhängig von örtlichen materiellen Veränderungen auftreten und mit Hartnäckigkeit dem Gebrauche der sonst zweckmässigsten Mittel widerstehen; so wie auch dann,

wenn einige dem Anscheine nach gesunde Zähne an ihrer Krone eine gelbliche Färbung darbieten, wenn das Email glatt und wie verdünnt erscheint, wenn das umgebende Zahnfleisch an seinem Rande roth, mehr weniger geschwollen ist und ein schleimiger oder fest anhängender Weinstein abgesondert wird, besonders aber dann, wenn die verdächtigen Zähne beim Drucke empfindlich oder etwas locker sind. 6. Was die Behandlung anbelangt, so ist anfangs die rheumatische Entzündung mit Ausdauer durch die geeigneten Mittel zu bekämpfen, und zu diesem Zwecke ausgiebige örtliche, öfters wiederholte Blutentziehungen, Revulsivmittel und Narkotica in Anwendung zu ziehen. In einem späteren Stadium ist die *Extraction des Zahnes das einzige Mittel* die Neuralgie zu heilen.

Eine Abhandlung *über das* **Zähneknirschen** *oder den klonischen masticatorischen Gesichtskrampf* von Dr. Melichar (Jb. Ö. 12) ist durch die Benützung der neuesten Leistungen der Nervenphysik, so wie durch logische Eintheilung und Durchführung des Ganzen nicht ohne wissenschaftlichen Werth, wenn sich auch für die praktische Medicin nichts Wichtiges daraus ergibt. Als ein Leiden der Portio minor nervi trigemini besteht das Zähneknirschen (wie schon bekannt) in einem klonischen Krampfe des *Kau- und Schläfemuskels* und gleichzeitig auch der *Flügelmuskeln.* Die Ursachen dieser scheinbar leichten, doch oft Unheil verkündenden Convulsion sind theils *a*) in der centralen, oder *b*) der peripherischen Bahn des motorischen Quintus zu suchen, oder sie ist *c*) durch Reflexbewegung, oder endlich *d*) in Folge von psychischen Einflüssen entstanden. — Zu den *Ursachen* sub *a*) gehören krankhafte Zustände *der Gefässe* oder der *Nervenmasse*, mithin: Congestionen, Blutstasen, Extravasate, Entzündungen und ihre Ausgänge in der Gegend des Ursprunges oder im Verlauf des Stammes der kleineren Quintuswurzel bis zum Austritte aus der Schädelhöhle. Auch viele Blutkrankheiten, wie Typhus, Scharlach, Blattern, Masern, ferner die Ecclampsia parturientium und infantum, Delirium cum tremore potatorum et traumaticum sind oft von Zähneknirschen begleitet. Zu den Krankheiten der Nervenmasse gehören: Hirntuberkeln, Hydatiden, Cysten, kalkartige oder Knochenablagerungen in den Hirnhäuten, Krebs des Gehirnes in der harten Hirnhaut, Erweichung des motorischen Quintus an der Wurzel oder im Verlaufe etc. Auch bei Manie, Melancholie, Krankheiten des inneren Ohres, heftiger Cephalalgie, Epilepsie und bei Encephalopathia saturnina kommt das Zähneknirschen vor. Von den Ursachen sub *b*) ist dem Verfasser wohl aus eigener Beobachtung keine bekannt, doch glaubt er, dass Knochensplitter, Zahnwurzeln, Tophi und Exostosen, Narben im Gesichte etc. die Krankheit bedingen können. (Das Zähneknirschen beim beginnenden Trismus traumaticus zählt der Verfasser auch hierher [?].) — c) In Folge von Re-

flexbewegungen sehen wir das Zähneknirschen bei: Helminthiasis, Hysterie (?), Epilepsie (?), Hydrophie, Überfüllung des Magens und anderen gastrischen Leiden, Unterleibsobstruction, Menstruationsanomalie, Cholera, Zahnen, Caries der Zähne, traumatischem Trismus und Tetanus; Ischias und Prosopalgie. Ad *d)* gehören: Gemüthsbewegungen, Leidenschaften etc. Unter die *Folgen* des Zähneknirschens rechnet V. allmäligen Substanzverlust, Abspringen des Emails, worauf Caries, Nekrose des Zahnes folgt; auch Entzündung des Zahnfleisches, der Zahnwurzel, Zahnabscesse, Zersplitterung der Zähne u. dgl. m. Hinsichtlich der *Behandlung* wird uns gar nichts Unbekanntes geliefert, denn die Erfüllung der Causalindication, als der wichtigste Theil der Behandlung, hat nach den bekannten Grundsätzen zu geschehen. Um das Verletzen der Zähne zu vermeiden gibt uns Verf. eine Zusammenstellung bekannter Vorrichtungen oder Apparate, von denen zu nennen sind: der goldene Deckel von Mouton und Bourdet, ein Stück Leder (Nessel), Leinwand zwischen die Zähne gelegt. Bestreichen der Zähne mit Mandelöl, oder das Bedecken derselben mit einer Wachsplatte sollen das Geräusch mindern. Kindern empfiehlt er bis zur Hebung des ursächlichen Momentes die Wurzeln von Eibisch, Iris Florent. oder Calam. arom. in den Mund zu stecken, um das Berühren der Zähne zu verhindern. An den vorderen Enden der Wurzeln müssen jedoch Bändchen angebracht sein, die man um den Hals der Kinder befestigen kann; eben so befestigt, werden *Kautschuk Platten und bleierne Rinnen* nach der Richtung der Zähne geformt empfohlen. Durch das blosse Aneinanderdrücken der Kiefer mittelst eines Tuches sollen die convulsivischen Bewegungen nicht gehindert, ein zwischengelegter Kork leicht zerbissen werden und dann in den Schlund fallen können. Wenn M. bei Epilepsie ein Stück Holz oder den Griff eines Messers etc. zwischen die Zähne einzubringen räth, so muss Ref. diesen unpraktischen Rath aus vielen Gründen ganz verwerfen. Das Abfeilen aller Spitzen der Zähne, das Glätten derselben hält M. in jenen Fällen für rathsam, wo die Ursache des Übels nicht gehoben werden kann, als: bei Epilepsie, Manie u. dgl.; dadurch wird nämlich eine ebene Kaufläche erzeugt, und die Zähne zerbröckeln um so weniger, wenn man sie überdies mit Mandelöl oder Butter bestreicht. Gegen die Zahnschmerzen, die nach den Anfällen von Zähneknirschen, besonders bei Hysterischen öfters zurückbleiben, bezeichnet M. ein einfaches Infusum chamomillae und das Warmhalten der Kiefer, oder einen Gran Extr. aconit. (?!), oder einen Tropfen Tinct. ipecacuanhae (?!) mit 2 Scrupeln Sacch. lactis verrieben in 4 Dosen getheilt, und alle 2 Stunden 1 Pulver genommen, als hinreichend wirksam (?).

Zur Heilung der **Neuralgia ischiatica** schlägt Dr. Fioravante

(Annali univ. di med. Mai. 1843) eine frisch bereitete *Kantharidenpasta* vor, welche er auf die Ferse der kranken Extremität legen lässt, nachdem diese durch erweichende Umschläge und durch das Bistouri von den Callositäten befreit und hierauf mit starkem Weinessig gewaschen wurde. Eine halbe Unce der Pasta wird aufgelegt, und bleibt 2—24 Stunden und überhaupt so lange liegen, bis eine gute Blasenbildung erzielt ist. Dazu ist öfters die wiederholte Adplication der Pasta nothwendig. F. sah in 12 Fällen nach dieser Behandlung Heilung eintreten, während früher verschiedene Mittel fruchtlos geblieben waren. Zugleich bemerkt er, dass das Übel weder zu frisch sein dürfe, weil es in diesen Fällen der Antiphlogose weiche, noch zu alt, weil es dann allen Mitteln widerstehe. — Die genannte Behandlungsweise lernte F. einer Frau ab, die die frischen Blätter von Ranunculus sceleratus auf die Ferse adplicirte, dadurch eine eiternde Wunde hervorrief, und so viele Fälle der genannten Neuralgia geheilt haben will. Oscar Clayton erwähnt (medico-chirurg. Transact. 1843) einer *hysterischen Affection* des Stimmapparates bei jungen Mädchen, in dem Alter von 11 bis 14 Jahren, die in einer Erziehungsanstalt sich im Jahre 1841 und 1842 durch psychisches Contagium schnell ausbreitete. Die Erscheinungen waren: Anfangs kurzer, krächzender, trockener Husten mit Schmerz und Athmungsbeschwerden, selbst leichte Fieberbewegungen; nach 2—3 monatlicher Dauer veränderte der Husten seinen Ton, so zwar, dass er sich bei einigen wie ein doppeltes Sägegeräusch anhörte, bei anderen eine grosse Ähnlichkeit mit dem Geschrei eines Pfaues hatte (indem auf eine hell kreischende Exspiration eine schnelle nach Luft schnappende Inspiration folgte) und bei anderen dem Tone glich, den man erhält, wenn man durch eine enge Metallröhre bläst. Der Lärm in der Anstalt wurde so gross, dass sie selbst die Aufmerksamkeit der Nachbarschaft erregte. Bei der Unwirksamkeit aller anderen Heilmittel wurden mehrere durch den heftigen Gemüthseindruck, nach Boerhave's Beispiel in Harlem, geheilt, die anderen genasen jedoch erst, nachdem sie von einander getrennt und in ihre Heimath gesandt wurden. *Betrug* soll keiner Statt gefunden haben.

Das **Stottern** erklärt Colombat in einem Berichte an die Akademie für ein rein nervöses Leiden, welches in der stossweisen und convulsiven Wiederholung einer geringeren oder grösseren Anzahl von Sylben, oder in der momentanen Unterbrechung der articulirten Stimme von gewissen Lauten oder Worten besteht. Er unterscheidet 2 Hauptarten des Stotterns: 1) die erste, der Chorea analog, nennt er Labiachoréique; sie stellt eine Art von Chorea der Lippen dar, und besteht aus einer Folge mehr oder weniger rapider Bewegungen oder klonischer

Convulsionen der Zunge. Sie hat 4 Unterarten: *das choreische Stottern mit Stammeln,* das *difforme choreische Stottern,* das *aphone oder Stottern der Frauen* und das *choreische* Lingual-Stottern. 2) Das gutturo-tetanische Stottern ist, durch eine Art tetanischer Steifigkeit oder tonischen Krampfes aller Respirationsmuskeln, besonders des Larynx, Pharynx und der Zungenbasis charakterisirt, macht sich besonders bei den Gutturallauten bemerkbar und unterscheidet sich von der ersten vorzüglich durch mühsame Articulationsbestrebungen, durch anticipirte Exspiration, durch Intervallen von Stillschweigen, durch Unbeweglichkeit der Zunge, durch Verschliessung der Glottis, durch ein Gefühl von Druck auf der vorderen Brustwand und endlich durch eine Art momentaner Suffocation. Diese Art zählt 6 Unterarten, nämlich: *das stumme tetanische Stottern,* das *intermittirende, choreiforme, bellende, epileptiforme Stottern,* und *das Stottern mit Baryphonie oder das Stammeln.* Bezüglich der Behandlung spielt der Rhythmus oder das Sprechen in Cadenzen die wichtigste Rolle, obwohl C. zugibt, dass diese Methode nur dann von Nutzen sein kann, wenn die Articulation der ersten Sylben möglich gemacht worden ist. Damit verbindet C. eine Art von Vocal-Gymnastik, indem er die Lippen schliessen, anspannen, öffnen, die Zunge vorstrecken und zurückziehen lässt u. dgl., je nach der Varietät des Stotterns, die zu bekämpfen ist. Um die Übung in diesen Cadenz-Bewegungen zu erleichtern, hat C. eine Art Uhrwerk — Muthonome — erfunden, dessen Hammer in beliebig zu ändernden Intervallen tactmässig auf eine Glocke anschlagend, den Kranken zwingt dem Rhythmus zu folgen. Wichtig ist es auch, die Stotternden, ehe sie sprechen wollen, tief einathmen und die eingeathmete Luft während des Sprechens wieder langsam ausathmen zu lassen.

Ein *halbseitiges* **Lendenweh** *mit Seitwärtskrümmung der Wirbelsäule,* beobachtete Dr. Steifensand (C. Rh. — Zg. 10) in 3 Fällen. Diese Krankheit soll sehr leicht mit anderen Übeln, vorzüglich mit Luxation des Oberschenkels verwechselt werden können, da der Körper des Kranken beim Stehen stark gebogen und blos auf der gesunden Seite zu ruhen scheint. Den Schmerz sollen die Kranken auch nicht in den Lenden, sondern *in der Hüfte* angeben. Übrigens erklärt St. die Natur des Übels für rheumatisch, und wandte auch mit Glück die antirheumatische Behandlung an. Die Lenden- und Rückenmuskeln der leidenden Seite sollen gleichsam paralysirt sein und dadurch die Krümmung des Lendentheiles des Rückgrats entstehen. Dr. Cruse erzählt (Zg. Pr. 1) einen Fall von *Neuralgia des* **Samenstranges** (?), die nach dem durch die Harnröhre erfolgten Abgange eines linsengrossen harnsaueren Stei-

nes von selbst aufhörte, während früher keine Mittel die Schmerzanfälle heben konnten.

Von **lähmungsartigen Affectionen,** welche von keiner Krankheit der Centralorgane abhängig, gewöhnlich *fälschlich* als durch Rheumatismus entstanden angesehen werden, will Roussel (Revue méd. 1843), Badearzt in Balaruc, im Verlaufe einer 9jährigen Praxis 212 Fälle beobachtet haben. Unter den Ursachen dieser lähmungsartigen Schwäche, von der alle willkürlichen und unwillkürlichen Muskeln befallen werden können, zählt er zuerst anhaltende Muskelanstrengung, und erklärt hieraus, warum bei Wäscherinnen diese Affection in den Händen, bei Violin- und Pianospielern in den letzten Phalangen der Finger, bei Sängerinnen in den Kehlkopfmuskeln mit Verlust der Stimme besonders vorkomme. In der Kindheit soll das Übel häufig von einem Missverhältnisse zwischen dem Wachsthume der Knochen und der Muskeln oder von einer zu schnellen Entwickelung der oberhalb des Zwerchfells gelegenen Theile abhängen. (?) Auch Knochenbrüche, Verrenkungen, Wurmreitz, bösartige Fieber in der Kindheit und Jugend, und im Alter, Abnützung der Theile, Unthätigkeit oder mangelnder Nerveneinfluss führt er als Ursachen auf. (Wenn aber aus allem diesen schon deutlich hervorgeht, dass B. eine Menge krankhafter Zustände des Nervensystems zusammenwirft, so ergibt sich dies noch deutlicher, wenn wir unter den Ursachen auch die Apoplexie, den Rheumatismus und die Gicht angeführt lesen. Ref.) Ja selbst viele Magenleiden, die man sonst einer Atonie des Tractus alimentaris zugeschrieben hat, will Verfasser von lähmungsartiger Affection der Muskelfasern des Magens hergeleitet wissen. (?) Über die Symptome und Behandlung dieser Formen erfahren wir nichts Brauchbares. — Einen Fall von *Lähmung der* **Speiseröhre** mit Hemiplegie, wo durch den Elektromagnetismus die Heilung erfolgte, erzählt Dr. Shearman (Soc. méd. de Sheffield. — G. 1). Die Speisen mussten wegen Unvermögen zu schlingen der Kranken, einer 51jährigen Jungfrau, durch mehrere Tage mittelst der Schlundröhre von Reid beigebracht werden. Abercrombie, der die Kranke sah, soll eine Erweichung des Rückenmarkes diagnosticirt haben. Guerin will nur Hysterie darunter sehen. (Keinesfalls ist die Anamnese und die Schilderung des Verlaufes erschöpfend und deutlich. Ref.) *Dr. Waller.*

Psychiatrie.

In Betreff der Frage, ob wohl die physischen oder die psychischen **Entstehungsursachen der Geisteskrankheiten** die vorwaltenden seien, hat Brierre de Boismont (G. H. 3) in einer der letzten vorjährigen Sitzungen der Société médicale d' émulation un-

widerleglich gezeigt, dass auf die von Moreau de Jonnès (Vj. Prag. 2) zusammengestellten statistischen Tabellen eben so wenig Werth gelegt werden könne, wie auf die in früherer Zeit von Desportes veröffentlichten. Der Idiotismus (in unserem Auszuge als „angeborne Geistesschwäche“ aufgezählt), den Moreau de Jonnès zu den physischen Ursachen rechnet, gehöre gar nicht unter diese Ursachen; denn damit ein Mensch geisteskrank werden könne, müsse er doch wohl früher geistesgesund gewesen sein; die Epilepsie nur zum Theil; die Trunkenheit und Völlerei sei selbst wieder eine Wirkung sehr complicirter Ursachen, und sehr häufig Folge von Verdruss, Leid und Kummer; die Zahl der durch Onanie geisteskrank gewordenen Individuen sei grösser, als sie erfahrungsmässig angenommen werden dürfe u. s. w. Kurz, man hat sich dahin vereinigt, dass, wenn man von den statistischen Tabellen des Moreau de Jonnès die Epileptischen und Idioten so wie manche andere Fälle abzieht, ein Übergewicht der moralischen Ursachen, wenn man dagegen, was doch geschehen sollte, der erblichen Anlage die verdiente Berücksichtigung gewährt, ohne Zweifel ein ziemliches Gleichgewicht zwischen physischen und moralischen Entstehungsursachen gefunden werden dürfte. — Bei den über diesen Gegenstand gehaltenen Vorträgen verdienen die Bemerkungen erwähnt zu werden, welche sowohl Brierre de Boismont als Belhomme hinsichtlich des Einflusses der Civilisation machen zu sollen glaubten, und die, so wie überhaupt das ganze Resultat der hierher gehörenden Verhandlungen, mit unseren (Vj. Prag. 2. p. 99) ausgesprochenen Ansichten zusammenstimmen. „Ich habe nicht angenommen, sagte Brierre de Boismont, dass die gute Civilisation die Zahl der Geisteskranken vermehre; aber ich habe behauptet, dass wir uns auf einem falschen Wege befänden. Die Civilisation wird den Wahnsinn vermindern, wenn sie, in einem durchaus entsprechenden Zustande, das Glück an alle, nicht an einzelne privilegirte Klassen vertheilen wird.“ Und Belhomme äusserte mit Recht die Meinung, dass man in einem Lande mit vorgeschrittener Civilisation die Geisteskranken besser unterscheide, weil es daselbst Anstalten gebe, sie aufzunehmen, und nichts beweise, dass die Summe der Geisteskranken dort wirklich geringer sei, wo man, wie in minder civilisirten Ländern, mannigfache Schwierigkeiten finde, dieselben nur überhaupt zu zählen. Sei übrigens die Civilisation auch wirklich eine Ursache des Wahnsinns, so sei dies nur durch ihre Übertreibungen und ihren Missbrauch. — In Bezug auf die **Behandlung der Geisteskranken,** insofern dieselbe nämlich öffentlichen Anstalten anvertraut, und insofern in eben diesen Anstalten eigene den Ärzten unterstehende Individuen, — in Frankreich Aufseher, Krankenwärter und eigentliche Irrenwärter, mit den Einzelheiten dieser Behand-

lung beschäftigt sind, liefert Bouchet, der dirigirende Arzt der Irrenanstalt zu Nantes (G. H. 14) einen höchst lesenswerthen, gediegenen Aufsatz, in welchem er zunächst auf eben so geistreiche, wie scharfbezeichnende Weise die unerlässlichen und wünschenswerthen Eigenschaften der dem Irrenarzte in seiner schwierigen Stellung untergeordneten Wärter und Aufseher auseinandersetzt und zeigt, wie dieselben durchaus aber auch nichts weiter als eben nur die Vollstrecker und Ausführer des den Arzt selbst und ihn allein leitenden Gedankens sein müssen, wenn anders die Heilung der Geisteskranken gelingen soll. „Das Benehmen des Wärters in der Nähe des Irren, seine Sprache, seine Milde oder Strenge, die Form, in welcher er alle seine Dienstleistungen verrichtet, sind — sagt Bouchet mit Recht — ein Theil der physischen und moralischen Behandlung, und müssen jederzeit das Gepräge jenes Gedankens tragen, welcher diese leitet. Wie wäre man auch wohl im Stande ein überspanntes, ja zum Wahnsinn gesteigertes Gefühl zu bewältigen, wenn der Kranke, während man sich eben bemüht den Einfluss dieses Gefühls durch die Erweckung eines anderweitigen zu brechen, in seinem Wahnsinne unterhalten und bestärkt wird durch alle jene Eindrücke, welche sich aus seinem materiellen und geistigen Leben ergeben? Wie wird der Geisteskranke, der sich für reich und mächtig hält, seinen Wahn fahren lassen und diejenigen Wahrheiten in sich aufnehmen wollen, die ihm der Arzt so gerne beibringen möchte, wenn die Nachgiebigkeit, die Schwäche, die Furchtsamkeit seines Wärters, wie sich ihm solche in dessen sämmtlichen Handlungen zur Schau stellt, ihm zu derselben Zeit den Gedanken einflösst, der seiner Eigenliebe so sehr schmeichelnde Glaube werde allgemein getheilt?“ — Indem Bouchet dies noch weiter ausführt, setzt er eben so richtig hinzu: „Kurz man muss ausdrücklich bemerken, dass in der Wahl der Aufseher und Wärter von Geisteskranken eben so sorgfältige Rücksicht auf deren Moralität wie auf deren Intelligenz zu nehmen sei, dass bei den Aufsehern ein gewisser Grad von Erziehung und Bildung unerlässlich sei, dass aber auch die gewöhnlichen Wärter durchaus nicht aus jener Klasse von Lohndienern genommen werden dürfen, welche, ihren Gelüsten ohne Mass und Zügel fröhnend, ihre Dienste jedem, der sie eben verlangt, verkaufen, und in den Tag hineinleben, unbekümmert um das, was morgen geschieht.“ — Aus freilich anderen, aber keineswegs minder erheblichen Gründen verwirft Bouchet, wenigstens für die französischen Anstalten, die Pflege und Wartung der Geisteskranken durch die Glieder von geistlichen Orden auf das bestimmteste, klar zeigend, wie durch solche geistliche Einmischung der Arzt in seinem Verfahren theils gehemmt, theils demselben dadurch geradezu widerstrebt werde, zumal dann, wenn derlei Orden von Ansichten durchdrungen sind,

wie sie kaum im 15. und 16. Jahrhunderte gehegt wurden, jetzt aber, kaum zu glauben, im l'Eclaireur du Midi neuerdings verkündigt wurden, Ansichten, die alle Medicin für Charlatanerie erklären, die Heilung der Irren nur durch Teufelaustreibungen für möglich halten.

Über die von Leuret in Bicêtre eingeführte, immer mehr Aufsehen und Bedeutung gewinnende *ausschliesslich* **moralische Behandlungsweise** der Irren (Vj. Prag. 2. p. 100) erhielten wir von Lisle (G. 3. p. 33) einige sehr genaue Notizen. „Die moralische Behandlung des Wahnsinns, heisst es daselbst, besteht nach unserer und Leuret's Ansicht in der methodischen und vernünftigen Anwendung aller jener Mittel, welche direct oder indirect auf die Intelligenz und die Leidenschaften der Geisteskranken einwirken. — Man kann diese so zahlreichen Mittel in zwei scharf geschiedene Klassen eintheilen. Die einen, von denen hier nur wenig gesagt werden soll, sind von rascher und kräftiger Wirkung und auf die wahnwitzigen Begriffe, auf die krankhaften Verirrungen der Alienirten direct hingerichtet: es sind dies jene Ideen und Leidenschaften, deren Rückwirkung wohl bekannt ist, wahrhaft heroische Heilmittel, die man nach Erforderniss des Augenblicks, und zur Erreichung einer wohlberechneten Reaction anzuwenden wissen muss. Dies aber ist eine Wissenschaft, die heutzutage, trotz jenen hochwichtigen Diensten, die sie einem Pinel und Esquirol geleistet, leider nur zu sehr vernachlässigt wurde. Ausser diesen directen Mitteln der moralischen Behandlungsweise, gibt es noch andere, deren Einfluss sich wohl weniger geradeaus und weniger in die Augen fallend äussert, trotzdem aber eben so wichtig genannt zu werden verdient. Schon bei ganz gewöhnlichen Krankheiten können die besten Heilmittel, wie bekannt, nur nach Massgabe des gleichzeitigen diätetischen Verhaltens wahrhaft nützlich werden. Oft aber ist sogar dieses letztere für sich allein hinreichend, die Genesung herbeizuführen. So wie nun also die Krankheiten des Körpers, ebenso, ja in noch weit höherem Grade benöthigen die Geisteskrankheiten eines geschickt geleiteten und mit unermüdlicher Ausdauer fortgesetzten moralischen Regimens. Eine Irrenanstalt muss daher so eingerichtet sein, dass die durch den Wahnsinn ermüdete, ja so zu sagen vergiftete Intelligenz daselbst in physischer und geistiger Arbeit, in zahlreichen Zerstreuungen eine gesunde und stärkende Nahrung, gleichsam ein Gegengift wider ihre traurigen Abschweifungen finde. Wir können es nicht oft genug sagen, die Geisteskranken sollen in den ihrer Aufnahme gewidmeten Anstalten alle Gewohnheiten jener Welt wiederfinden, die sie verlassen haben. Wie sollte man auch hoffen, sie ihrem Wahne zu entreissen, wenn man sie ihren einsamen Grübeleien überliesse? Wie in ihnen die Gefühle der Verträglichkeit und Hingebung erwecken, wenn

man sie allein lässt und ohne Schutz gegen ihren bejammernswerthen Egoismus? Darum ist es vor allem wichtig, in den Irrenanstalten ein grosses System von Zerstreuungen und von Arbeiten einzuführen, die den Geisteskranken schon mit dem Erwachen in Empfang nehmen, und ihn durch eine Kette eben so verschiedener als nützlicher Beschäftigungen bis zum Schlafengehen begleiten. Man wird vielleicht darüber stutzen, dass wir von Ordnung und Arbeit sprechen in einem Orte, dessen Bevölkerung man sich nicht anders vorstellt, als unvermeidlich der Trägheit, dem Müssiggange und der Anarchie anheimgegeben! Und dennoch ist die Ordnung und Harmonie, welche Leuret in Bicêtre zu Stande gebracht, so gross, dass Fremde, die man eines Tages lange Zeit mitten unter den Irren von Bicêtre herumgeführt hatte, zuletzt fragten, wo aber denn doch die Irren seien? — (Ähnliche Fragen sind wohl auch schon anderwärts, wie auch in unserer Prager Anstalt St. Katharina vernommen worden, ja wohl schon *vor* dem Jahre 1840, wo Leuret das Bicêtre übernahm. Ref.) Lisle berichtet nun ausführlich über die zuerst und zwar schon von Ferrus eingeführten umfassenden Garten- und Feldarbeiten von Bicêtre, die unter Leuret noch an Mannigfaltigkeit und Ausdehnung gewonnen, und sich fortwährend eben so als ungefährlich wie als heilsam für Körper und Geist, besonders wohlthätig aber durch Herbeiführung eines ruhigeren, erquickenderen Schlafes bewiesen haben. Leuret führte bald noch das Strohhutflechten ein, das er einer deutschen Anstalt abgelernt hatte. Dies Alles aber genügte ihm nicht. „Die Handarbeit thut nur selten der Arbeit des Denkens einen wesentlichen Abbruch. Ob man aufs Feld gehe oder in einer Werkstätte Stroh flechte, nichts hindert die Phantasie, ihre eigenen Wege zu verfolgen; nichts belehrt den Kranken, dass die geheimnissvollen Stimmen, die ihn verfolgen, diese Sorgen und moralischen Schmerzen, die ihn quälen, nichts weiter seien als Täuschungen und Hirngespinnste. Die so beschäftigten Geisteskranken sind ausserdem zu viel mit sich allein; sie entziehen sich nur zu leicht der umsichtigsten Überwachung, diesem moralischen Stundenzwange, der zur ihrer gänzlichen Heilung so nothwendig ist. Oft ist es genug, sie dazu zu bringen, dass sie sprechen, dass sie gehen, dass sie sich wie verständige Menschen gebärden und dies zwar durch einige aufeinanderfolgende Tage, um sie ihrer wahnwitzigen Begriffe zu entäussern. Wie aber will man dieses Ziel erreichen, wenn man sie nicht fortwährend vor Augen hat, um sie aufzumuntern, wenn sie sich nach Wunsche benehmen, oder sie zu schelten, wenn sie sich von neuem auf ihre Abwege verirren? Man würde daher die Wichtigkeit und den Nutzen der körperlichen Arbeiten viel zu hoch anschlagen, wollte man in ihnen etwas mehr sehen, als ein mächtiges

Mittel, die physische Gesundheit und die Constitution der Irren zu verändern, und in Folge dessen auch ein vortreffliches Mittel, die Kranken zu der Anwendung jener mehr directen obenangedeuteten moralischen Agentien vorzubereiten.“ — „Um diesem schweren Übelstande zu begegnen, was liess sich wohl anders thun, als mit der physischen Arbeit die geistige eng zu verbinden? Dies schien im Bicêtre keinen Schwierigkeiten zu unterliegen. Die Bevölkerung dieser Anstalt gehört der armen Klasse an: fast bei keinem Individuum Kenntnisse oder gar Studien; die Mehrzahl ist kaum des Lesens und Schreibens kundig. Hiermit lag der Gedanke nahe, eine Schule einzurichten, in welcher man Unterricht ertheilte im Lesen, Schreiben, Rechnen, in der Geographie u s. w. — indem man hoffen durfte, dass dadurch der Geist der Irren mächtig von seiner krankhaften Richtung abgelenkt werden würde, während man zu gleicher Zeit im Stande wäre, deren Intelligenz für die Zukunft zu berechnen. Nicht oft genug kann es wiederholt werden, dass gerade die Aufmerksamkeit, diese wunderbare Lenkerin der Geisteskräfte, in jedem Falle von Wahnsinn verletzt sei. Was kann sich nun wohl mehr eignen, die schlafende Aufmerksamkeit zu wecken oder sie bei bestimmten Gegenständen festzuhalten, als eine fortgesetzte, anhaltende Geistesarbeit? Aber auch was für eine Masse von Schwierigkeiten sind bei solchem Beginnen zu überwinden? Wie soll man den Tobsüchtigen trotz seiner ganz fremdartigen völlig verschiedenen Ideen, die sein Gehirn haufenweise durchstürmen, oder den Melancholiker, den nichts von allem interessirt, was um ihn vorgehen mag, der vielmehr ganz verschlungen wird von der Betrachtung seiner eigenen Gedanken, wie soll man solche Menschen dahin bringen, dass sie wahrnehmen, was ausser ihnen ist, dass sie äussere Gegenstände sehen, ja dass sie sich gar einer trockenen und schweren Arbeit unterziehen? Wie besiegt man jenen Widerstand, den sie jedem entgegensetzen, der es versuchte, sie ihren krankhaften Vorurtheilen zu entreissen, oder die Beweglichkeit ihrer Eindrücke in etwas zu vermindern?“ Wie aber dies Ziel bei jedem einzelnen Irren auf fast eben so eigenthümliche Weise angestrebt, wie hierzu bald Milde, bald List, bald Ausdauer und Energie, bald alle zusammen erfordert werden, könne nicht umständlich auseinandergesetzt werden. Leuret habe in dieser Hinsicht mit seiner Irrenschule wirklich Unglaubliches geleistet, und sich sowohl die Bewunderung der Nichtärzte als auch jener Ärzte erworben, die sich die Mühe nahmen, diese merkwürdige Schule zu besuchen. „Fast alle Irren werden darin zugelassen, und man bemüht sich die Beschäftigungen daselbst so zu vervielfältigen, dass man sie nie müssig zu lassen braucht. Oft versammelt man sie zu 2—300, und einige darunter müssen so-

dann mit lauter Stimme Aufsätze vorlesen oder Verse recitiren. Wie in einer grossen Gesellschaft herrscht gewöhnlich vollkommene Stille und man hört zu; ja selbst die Zerstreutesten und Unaufmerksamsten richten sich darin nach den Anderen. Die gelesenen Stücke sind übrigens stets von Interesse. Gewöhnlich lesen mehrere Kranke, deren jeder ein Exemplar des Buches in die Hand bekommt, mit einander abwechselnd die verschiedenen Sätze oder Absätze einer und derselben Geschichte. So sind alle gezwungen, aufmerksam zu sein und in der Stille mitzulesen."

„Die Einrichtung dieser Schule hatte der Erwartung Leuret's dergestalt entsprochen, dass er sofort auf möglichste Vervollkommnung derselben hinarbeitete. Um den häufigen Versammlungen seiner Kranken einen neuen Reitz zu geben, fasste er die Idee, gemeinschaftliche Musik- und Gesangproductionen zu versuchen. Jedermann weiss, welchen mächtigen Einfluss diese bezaubernde Kunst auf unsere Sinne und auf unsere ganze Organisation auszuüben vermag. Seit jeher haben ihr die Ärzte eine grosse Wirksamkeit in der Behandlung der Nerven- und insbesondere der sogenannten Geisteskrankheiten zuerkannt." Zwar hatte schon der berühmte Esquirol in der Salpêtrière einen Versuch mit Musik gemacht, war aber durch das Resultat keineswegs befriediget worden. Er hatte jedoch die Sache nicht so angegriffen, wie dies zur Erreichung des Zweckes hätte geschehen sollen. Ganz anders Leuret im Jahre 1840. „Es befand sich damals in der Anstalt ein alter herumziehender Musikant, den übermässige Furcht in eine tiefe Melancholie versenkt hatte. Auf Veranlassung eines Scherzes von Seite einiger Freunde wurde er traurig und schweigsam; er hielt sich für entehrt, für verfolgt von der Polizei; bald sah er nichts als Gensdarmen und Stadtsergeanten, und um ihnen zu entgehen, stürzte er sich in den Canal. Man zog ihn glücklicher Weise heraus, und den Tag darauf wurde er dem Bicêtre übergeben. Drei Monate lang blieb er in die grösste Apathie versunken. Gewöhnlich fand man ihn stundenlang auf seinem Stuhle sitzend, mit nach vorne gekrümmtem Körper und der Miene eines traurigen nachdenkenden Menschen, aber auch zugleich mit dem Ausdrucke einer stumpfsinnigen, weder durch Gefühle noch durch Gedanken gestörten Ruhe. Zuletzt liess eines Tages Leuret eine Geige herbeibringen und forderte den Melancholiker auf, zu spielen. Dieser weigerte sich. Man führt ihn in den Badesaal, wo ein anderer Kranker eben ein Douchebad bekam, und lässt ihm nun die Wahl zwischen Geige und Douchebad. Nach langem Besinnen entscheidet er sich für jene, und von freien Stücken spielt er die Marseillaise. Nach der ersten Strophe hält er ein, doch entschliesst er sich, ohne sich eben viel bitten zu lassen, auch die übrigen zu spielen. Dies war viel, aber noch lange nicht ge-

nug. Man führt ihn in die Schule, wo einige andere Kranke beisammen waren. Es sind darunter Sänger und P... muss nun den Gesang derselben mit seiner Geige begleiten, und thut dies durch eine volle Stunde. Die folgenden Tage eben so; anfangs freilich mit einem saueren Gesichte, bald aber beseelte sich seine Gestalt, sein Spiel gewann eine gewisse Lebhaftigkeit, seine Manieren wurden freier und leichter; gern verstand er sich dazu, einigen seiner Schicksalsgefährten, die Leuret im Chore singen lassen wollte, mit seinem Instrumente beizustehen. Kurz, zwei Monate später verliess P... die Anstalt als vollkommen geheilt, ohne daselbst irgend physisch behandelt worden zu sein, und in den vier seitdem verflossenen Jahren trieb er fortwährend seine alte Profession. Bald wurden nun in der Anstalt mehrere Sänger gebildet; ja Leuret liess jeden zum Gesange tauglichen Kranken nun eben so gut singen, wenn er sich davon irgend einen Nutzen von dieser Übung versprach, wie er bisher andere Kranke lesen, auswendig lernen oder mit den Händen arbeiten liess.“ Die Sache bewährte sich immer mehr, und jetzt wird im Bicêtre regelmässig zweimal des Tages *) musicirt, und zweimal in der Woche nehmen an der Production auch sämmtliche andere Kranke Antheil, nach Massgabe der Jahreszeit das einemal in einem grossen Saale, das anderemal in einem mit schattigen Bäumen bepflanzten Hofraume. Auch Zöglinge des Blindeninstituts werden dabei verwendet. — Im Anfange musste sich Leuret die Leiter und Lehrer dieser Musikproductionen unter seinen Kranken suchen; jetzt ist ein ausgezeichneter Zögling des pariser Conservatoriums zum ordentlichen Professor dieser Singschule ernannt, und dieselbe macht, trotz dem Wechsel, der fortwährend einzelne Glieder der Chöre wegführt und andere, noch ungeübte bringt, die herrlichsten Fortschritte, so dass sich also im Bicêtre, einer Irrenanstalt, derzeit eine ganz vorzügliche Schule des Volksgesanges befindet. „Mehrere Kranke, fährt Lisle fort, haben bereits dieser heilsamen Zerstreuung, und zwar ihr ganz allein die Heilung von ihrem Wahnsinne zu danken, eine Heilung, die nicht selten gerade gegen ihren Willen herbeigeführt wurde. Bei einer weit grösseren Zahl von Kranken wurde hierdurch die Genesung wenigstens befördert, die dazu erforderliche Zeit abgekürzt, oder sie wurden doch mindestens für einige Zeit unterhalten u. s. w.“ Lisle erzählt weiter, wie Leuret seine Kranken auch am Abende und zwar bis zur Stunde des Schlafengehens, — 9 Uhr — theils beschäftigen, theils unterhalten, und wie er jene Irren, die noch zu gar keiner anderen Beschäftigung taugen, wenigstens auf Soldatenart marschiren lässt, wobei die einzelnen Anführer wieder aus

*) Eben so in St. Katharina.

den Irren selbst gewählt werden. — Eine sehr wichtige von Leuret eingeführte Massregel endlich ist das gemeinschaftliche Speisen der Irren in einem und demselben Speisesaale, eine Einrichtung, die anfangs nur für 40 Irre berechnet war, jetzt aber im Bicêtre durchaus eingeführt ist, so dass nur die bettlägerigen Kranken ausgeschlossen bleiben. Man speist mit Messer und Gabel auf Faïence. Jeder Tisch hat seinen aus der Zahl der Irren gewählten Tischpräfect, der die Namen seiner Tischgenossen wissen und darauf sehen muss, dass alle gut bedient werden. Schliesslich bemerkt Lisle, dass Leuret nun auch und zwar ganz nach denselben Principien (der ausschliesslich moralischen Behandlung) in der Nähe des Champ-de-Mars eine Privatirrenanstalt für reiche Kranke errichtet habe; so wie dass er unverdrossen fortfahre, die immer noch sehr erheblichen anderweitigen Gebrechen des Bicêtre nach Möglichkeit zu beseitigen. — Wir gestehen gerne, dass wir der ausgezeichneten Umsicht und Energie Leuret's unsere volle Bewunderung zollen, ja dass wir in seinen Leistungen die glänzendsten Beweise erkennen von dem, was die rein moralische Behandlung vermag; wir verhehlen uns aber eben so wenig, dass, um diese Methode mit Erfolg durchzuführen, der Arzt zum Psychologen geboren und ausserdem mit ganz eigenen Naturanlagen betheilt sein müsse, so wie ferner, dass Missgriffe, in dieser Methode gemacht, nicht selten von weit verderblicheren Folgen sein können und werden, wie Missgriffe des reinen Somatikers, und behaupten endlich aus Erfahrung, dass es eben so gut Fälle gibt, wo Geisteskranke durch die ausschliesslich somatische Methode, namentlich durch Diät und Medicamente, ohne irgend ein systematisches anderweitiges Dazuthun geheilt werden, gerade wie Leuret Fälle aufzuweisen hat, wo Irre geheilt wurden, ohne einen Atom Arznei erhalten zu haben. — Wem übrigens darum zu thun sein sollte, Leuret's Methode genauer kennen zu lernen, den verweisen wir auf dessen gediegenes Werk: „Le traitement moral de la folie. Paris. 8. 1841."

Sehr beachtenswerthe „neue Beiträge zur *Physiologie und Pathologie des Gehirns*" und insofern natürlich auch zur Psychiatrie hat D. W. Griesinger (Vj. p. 69) gebracht, und wir können nicht umhin, denselben Einiges zu entlehnen. Griesinger stellt zuvörderst Analogien auf zwischen den bisher bekannt gewordenen Rückenmarks- und den noch etwas weniger bekannten, pathologischen Gehirnzuständen. So zuerst als Analogon der Spinalirritation die **Cerebralirritation,** diese jedoch nicht im Broussais'schen Sinne, sondern vorzüglich, um damit einen Ausdruck für die nächste Ursache des Wahnsinnes zu liefern. — „Was nun diesen selbst und namentlich die Schwermuth betrifft, so dürfen wir die traurigen

schmerzhaften Vorstellungen unbedenklich den schmerzhaften Empfindungen, den *Neuralgien* vergleichen.“ — „In manchen Fällen finden sich in den sensitiven Nerven abnorme, unangenehme Empfindungen, von Eingeschlafensein der Glieder, von Formication, Kälte, Brennen etc. bis zur wirklichen Neuralgie, während dabei die Empfindlichkeit nach aussen sehr herabgesetzt oder ganz aufgehoben ist (Anaesthesia dolorosa). Diesen Zuständen entsprechen die *Schwermuthsformen*, wo bei innerlich fortdauernden traurigen, schrecklichen und dabei meist absurden Vorstellungen die psychische Empfänglichkeit für die Aussenwelt immer mehr zurücktritt, die Seele ganz in sich selbst versinkt, während der Kranke von aussen häufig das Bild wahrer, aus dauernder Lähmung hervorgegangener psychischer Anaesthesie, des Blödsinnes darbietet (Melancholia attonita u. s. w.).“ — So wie in Neuralgien häufig Krämpfe mit Contractur oder auch umgekehrt instinctive oder absichtliche Ruhe des leidenden Theils, so finden wir in den Schwermuthszuständen bei der äusseren Beobachtung die psychisch motorische Seite, die Strebung und Handlung vermindert, gehemmt; die Kranken geben jede Beschäftigung auf, wir finden sie thatlos, willenlos, theils weil ihnen das Wollen Schmerz macht, theils wegen eines wirklich krampfhaften, ganz gehemmten oder in einer einzigen Richtung festgehaltenen Zustandes der Strebungsaction.“ — „Der tonische Krampfzustand der Strebungen kann am Ende wirklich in Lähmung übergehen, und schon vornherein ist es wenigstens oft schwer, ihn von Lähmung zu unterscheiden; auch bei Neuralgien kommen Lähmungen theils im späteren Verlauf, theils von Beginn an (Bleivergiftung) vor.“ Auf ähnliche Weise bezeichnet Griesinger die *Manie* „als einen psychisch convulsivischen Zustand, und meint, dass die anfallsweisen Wuthperioden eine wahre psychische Epilepsie constituiren, ihr durchaus analog in dem oft plötzlichen, oft mit leichten Vorboten eingeleiteten Auftreten, in dem Verluste des Bewusstseins und in der regellos stürmischen Affection der motorischen Actionen.“ — Die vielen *chronischen Fälle*, die man als allgemeine Verwirrtheit, als partielle Verrücktheit, Narrheit etc. bezeichnet, bleiben nach abgelaufenem maniakalischen Stadium noch Reste des Grundcharakters von den Zuständen zurück, aus denen sie sich entwickelt haben, melancholische und maniakalische, neuralgische und convulsivische Gehirnzustände. — Diese werden von Gr. mit den Formen der allgemeinen chronischen Spinalirritation, der sogenannten Krampfsucht verglichen. In den *Monomanien* sieht Gr. das Analogon jener enge umschriebenen Dysästhesien, Neuralgien, Krämpfe etc., welche bei Gelähmten so häufig zurückzubleiben pflegen; in der Moria oder Narrheit im engern Sinne das Analogon derjenigen Rückenmarksaffection, die man als Paralysis agitans zu bezeichnen pflegt. —

Der *Blödsinn* im engeren Sinne ist eine psychische Paralyse, bei dessen Besprechung Griesinger mit Recht darauf aufmerksam macht, dass eigentlich auch unserem Rückenmarke eine gewisse Art von *Gedächtniss* zukomme, ein Gedächtniss, das man als das *motorische* bezeichnen kann, und das „die Impulse zu unsern Muskelwirkungen im Ganzen (z. B. die Eigenthümlichkeit unseres Ganges und unserer Haltung im gewohnten Zustande) oder in einzelnen Muskelreihen (z. B. Gehen, Schreiben etc.) in bestimmter Combination und Ordnung festhält und reproducirt.“ — „Auch ein *sensitives Gedächtniss* giebt es: Empfindungen, die uns einmal Mitempfindungen verursacht haben, zeigen allmälig Neigung, diese als Nachklänge beizubehalten, und erwerben solche bei ihrer eigenen Wiederholung wieder, wie auf psychologischem Gebiete ein Wort, das wir aussprechen, andere Vorstellungen weckt, z. B. uns an eine Person erinnert, mit der es in Association steht, weil sie es oft gebrauchte.“ — „Dass es ein *Gedächtniss in den Sinnen selbst* gibt, ist von Henle gezeigt worden; man versteht darunter die, ohne bekannte Veranlassung plötzlich wieder auftauchenden Erscheinungen früher gesehener und namentlich intensiv gesehener Objecte (z. B. mikroskopischer Präparate) als Phantasmen, eben das spontane Wiederauftreten früherer Gehörs- und Hautempfindungen.“ — (Dürfen wir dann nicht noch weiter gehen, nicht am Ende *alle* psychischen Thätigkeiten in eben diesen Sinnen wiederfinden?! Ref.) Gries. zeigt, dass auch die gewöhnliche *Succession*, in der sich die Geisteskrankheiten zu folgen pflegen, der angenommenen Analogie vollständig entsprechen. Auch die Resultate der pathologischen Anatomie sind im Gehirn und Rückenmark in den als analog bezeichneten Krankheitsformen ebenfalls analog. In letzterer Beziehung sind Griesinger's Worte äusserst bezeichnend, wenn er sagt: „So beweist uns also bis jetzt weit weniger die pathologische Anatomie, dass das Gehirn im Wahnsinn erkrankt ist, als die Physiologie; ganz eben so, wie wir bei der Spinalirritation, welche ja des anatomischen Charakters entbehrt, nur durch physiologische Erfahrungen und Schlüsse den Sitz der Störung kennen lernten.“ Wir schliessen diesen Auszug, indem wir solchen Forschungen und Beiträgen, wie sie der geistreiche Griesinger anstellt und liefert, den aufrichtigsten Beifall zollen.

Dr. Nowák.

Krankheiten des Digestionsapparates.

Die **Lippendrüsen** unterwarf Prof. Sebastian zu Gröningen (N. Bd. 29. n. 1. u. 2) genauen Untersuchungen. Der Zahl nach fand er von diesen Drüsen 13—21, einmal sogar 57 an einer Unterlippe, und zwar immer um so mehr, je kleiner sie sich zeigten. Sie sind von rundlicher, ovaler, birnförmiger oder unregelmässiger Ge-

stalt; haben einen Durchmesser von $\frac{1}{2}$—$1\frac{1}{2}$ Linie, deutlich sichtbare Mündungen, und gehören der Structur nach zu den zusammengesetzten Drüsen, d. h. sie sind gebildet durch die Verästelungen eines Ausführungsganges, dessen feine Endigungen in kleine Zellen ausgehen. Ihr Secret zeigt sich unter dem Mikroskope zusammengesetzt aus 2 Substanzen, aus Epithelialzellen und aus einer Flüssigkeit. — Die *krankhaften Veränderungen der Lippendrüsen*, deren bisher noch von keinem Schriftsteller Erwähnung geschah, sind nach S's Beobachtungen: 1) *die Verstopfung des Ausführungsganges.* Die *eine* Form, die S. nur an der Unterlippe nahe am rechten Mundwinkel sah, erscheint als erbsengrosse, bläuliche, eine durchsichtige, wässerige oder klebrige Flüssigkeit enthaltende Blase, deren Sitz im Parenchym der Lippe ist (vielleicht indentisch mit Voigtel's Lippenknoten? Froriep). Die *zweite* häufigere Form bildet akneähnliche, kleine Pusteln (12—15 an der Zahl), mit einem ausdrückbaren klebrigen Inhalte. — 2) *Die Atrophie der Drüsen.* S. fand diesen Zustand beim Lippenkrebse als Widerlegung der herrschenden Ansicht, die den Ausgangspunkt des letzteren gerade in die Drüsen verlegt. 3) *Anschwellung und Hyperaemie oder active und passive Blutcongestion* unter der Form leichter, blassrother, hirsekorngrosser Erhabenheiten, die das Ansehen durchsichtiger Perlen haben, und von einem allgemeinen Turgor der Lippen begleitet sind. Andere beschreiben einen ähnlichen Zustand bei Kreislaufshemmnissen; S. beobachtete dieselbe blos bei Kindern in 3 verschiedenen Krankheitszuständen, bei Dentitio difficilis, Duodenitis und Typhus infantum. 4) *Die Verschwärung.* Sie erscheint unter der Form von Bläschen oder Pusteln, die wie von einem Nadelstich durchbohrt und von einem rothen Halo umgeben sind. Es gehören hierher die einfachen, die syphilitisch-chancrösen, die pseudosyphilitischen (durch primäre Ansteckung entstandenen) Verschwärungen. Am Soor und an den Aphthen haben nach S's. Untersuchungen die Lippendrüsen keinen Antheil; auch Lélut konnte zwischen Soor und den Zungendrüsen keinen Zusammenhang entdecken. Die einfache Verschwärung der Lippendrüsen fand S. bei 3 Phthisikern, 1^{mal} zugleich mit Carcinoma pancreatis, 1^{mal} mit Carc. ventriculi, 1^{mal} mit Lienterie, 1^{mal} mit Bronchitis chronica.

Die permanenten, aber einfachen und gutartigen **Stricturen** *des Oesophagus* (aber auch jene der Urethra und des Rectum) entstehen nach Hodgkin (XVI. p. 235) am häufigsten nach Entzündung des submucösen Zellstoffes in Folge jener Tendenz zur Zusammenziehung, die sich überall kundgibt, wo ein plastisches Exsudat in ein permanentes Gewebe sich umwandelt — wie wir dies z. B. in

der Contraction bei Vernarbungen extensiver Brandwunden und noch auffallender in dem Einwärtsziehen der Brustwandung nach Pleuresien sehen. — Die Schleimhaut ist bei solchen Stricturen unbeweglich mit den unterliegenden Geweben verwachsen, und insbesondere der submucöse Zellstoff in ein mehr weniger knorpeliges Gewebe verwandelt, das gegen die Mitte der erkrankten Partie hin seine grösste Dicke hat. Eingeführte Sonden wirken demnach nach Art eines Keiles; doch hält H. die Anwendung derselben für unnütz, — da die Schleimhaut bei den gedachten anatomischen Verhältnissen weder nachgeben, noch ausweichen kann, ja sogar für schädlich, indem hierdurch nur die Reitzung vermehrt, und (was wohl nicht sichergestellt ist) Gelegenheit zu skirrhösen Entartungen gegeben werde. Noch minder zulässig scheint ihm die Anwendung der Sonden bei jenen Stricturen, die in Folge von Geschwüren entstanden, durch Druck einer äusseren Geschwulst oder durch krampfhafte Zusammenziehung in Folge eines Trachealleidens oder endlich durch skirrhöse Entartung der Speiseröhre selbst bedingt sind. Dieses Verbannungsurtheil ist jedenfalls zu ausschliessend. Zahlreiche Erfahrungen haben den Nutzen der Sonden bei Stricturen über allen Zweifel gesetzt. — Zwei neue Belege hierzu liefert ein anonymer Herr G. (W. 3. 4. 5). Unter 3 Fällen von Speiseröhrenverengerung hatte das Einführen von Sonden 2^{mal} günstigen Erfolg; der 3. Fall endete tödtlich. Übrigens glaubt G., dass von den beiden Methoden des Einführens: durch den Mund nach Chelius, durch die Nase nach Wutzer, keine den absoluten Vorzug vor der anderen verdiene, indem auch jede ihre Nachtheile habe. Erstere ist etwas leichter und wird eher von den Kranken zugelassen; doch verdirbt dabei die Sonde leichter durch Anstossen an den Zähnen, durch Einknicken im Gaumen, durch starke Speichelabsonderung; die 2. Methode (der sich auch die jedoch zu complicirte Lafargue'sche anschliesst) macht nicht so starke Schleimabsonderung, gestattet das Tabakrauchen, ist aber bei engem Nasencanale unmöglich. Einen interessanten Fall von *Speiseröhrenverengerung* erzählt auch Lamothe (J. de méd. de Bordeaux. — G. H. 18). Die dieselbe begleitenden Symptome — Sodbrennen, erschwertes Schlingen, Druck in der Gegend des Magenmundes mit dem Gefühle, als würden die Speisen daselbst zurückgehalten, häufiges Abräuspern glasigen Schleimes — hatten sich nach 3jährigem Gebrauche von Seebädern und öfteren örtlichen Blutentziehungen grösstentheils wieder verloren; auch die Körperfülle und Muskelkraft, die bereits merklich gelitten hatte, kehrte allmälig zurück. Nach dem zufälligen Herabschlingen eines Pflaumenkernes steigerten sich alle Krankheitserscheinungen plötzlich wie-

der zu einem noch nicht da gewesenen Grade. — Kein Bissen konnte mehr in den Magen dringen, der Kranke, der selbst flüssige Nahrung grösstentheils zurückerbrach, zehrte zusehends ab und wurde täglich schwächer, der Athem bekam einen widerlich säuerlichen Geruch. Durch die Schlundsonde konnte man wohl deutlich eine Verengerung, durchaus aber keinen fremden Körper entdecken. Später stellten sich Fieberanfälle, zuletzt Diarrhoee ein. Vier Monate nach jenem Zufalle befreite der Tod den Kranken von seinen Qualen; — bei der Section fand sich der verschluckte Kern oberhalb der an der Cardia beginnenden ziemlich bedeutenden Strictur.

Als die vorzüglichsten *Krankheitszustände der contractilen Faserhaut des Oesophagus* nennt Hodgkin (l. c.), (der geneigt ist, dieselbe als aus demselben Gewebe bestehend zu betrachten wie die entsprechende Haut des Magens, des Darmcanales, der Harnblase und des Uterus) *die spastische Strictur*, eine partielle und unregelmässige Action derselben und die s. g. *Paralyse des Oesophagus*. — Übrigens erinnert er, dass die Faserhaut an allen krankhaften Processen der benachbarten Gewebe Antheil nehmen könne. — Übergehend, was H. über die sonstigen Abnormitäten des Oesophagus bemerkt, da sich dies alles in Rokitansky's pathol. Anatomie findet, fügen wir noch eine Bemerkung über *Oesophagusgeschwüre* bei. Sind diese tiefer und grösser, so veranlassen sie Schlingbeschwerden und andere Symptome, die denen einer Strictur beinahe ganz ähnlich sind. Dass man, wie Everard Home meint, durch eingeführte Sonden Abdrücke erlangen, und so zu einer Diagnose kommen könne, bezweifelt H. schon aus dem Grunde, weil etwaige Abdrücke durch die vorstehenden gesunderen Theile wieder verwischt und unkenntlich gemacht werden müssten, glaubt aber, dass die Beschaffenheit des an der Bougie haften gebliebenen Secrets weit mehr Licht über die Natur der Krankheit verbreiten würde. Dass bei der Heilung von Oesophagusgeschwüren leicht und häufig partielle Stricturen zurückbleiben, ist bekannt. Als nächsten Grund derselben betrachtet er 1) das bei allen Vernarbungen vorwaltende Streben zur Zusammenziehung; 2) die verminderte Dehnbarkeit des vernarbten Theiles und seiner Umgebung; 3) die wahrscheinliche stärkere Runzelung der benachbarten Schleimhaut.

Auch in Beziehung auf *Pathologie des* **Magens** finden wir bei Hodgkin (l. c.) die grösste Übereinstimmung mit Rokitansky. Mit Billard sieht er als normale Farbe desselben die milchweisse an, gibt aber zu, dass gewisse Grade von Röthung und dendritischer Injection allerdings auch noch innerhalb der physiologischen Gränzen liegen, durch den Verdauungsprocess. vorübergehende Reitzung etc. be-

dingt sein können. Die Dicke der Magenschleimhaut beträgt nach H. im gesunden Zustande nie weniger als $^{1}/_{100}$, nie mehr als $^{1}/_{10}$ Zoll. Die Secreta des Magens theils serös, theils schleimig fehlen nie, können aber theils quantitativ, theils qualitativ mancherlei Veränderungen erleiden, durch Beimengung von Blut oder Galle verschieden gefärbt erscheinen. Zur Zeit der Verdauung zeichnen sie sich durch sauere Reaction und bedeutendere Solutionskraft aus. Eine übermässige und sehr sauere Secretion bildet die Pyrosis. — Übrigens glaubt H. nicht, dass irgend eine oder die andere Secretionsstörung als pathognomonisches Zeichen irgend einer oder der anderen Magenkrankheit zukomme.

Ein *warziges Aussehen,* état mamelloné (Louis) der Magenschleimhaut — (Rokitansky 2. Grad von Magenkatarrh) will H. schon lange beobachtet und ursprünglich mit dem Ausdrucke körnig (granular) bezeichnet haben. Wie Louis, fand er diesen Zustand am häufigsten am Pylorusende, im Gegensatze zu jenem jedoch häufiger in der kleinen als in der grossen Curvatur, übrigens erinnert er sich nicht ihn je deutlich ausgebildet in der P. cardiaca gesehen zu haben. Er unterscheidet davon den in Folge chronischer (katarrh.) Entzündung auftretenden *schwammigen Zustand,* wobei die Erhabenheiten nicht länglich, sondern rundlich und sehr blutreich, die Schleimhaut jener des Dickdarms bei chron. Dysenterien ähnlich ist. (Wohl auch nichts, als ein modificirter chron. Magenkatarrh.) Bei Gelegenheit der *Magenpolypen* erinnert er an einen von Monro herrührenden Fall, in welchem durch das Aufsitzen eines solchen am Pylorus Unwegsamkeit dieses letzteren, secundäre Magenerweiterung und Tod durch Marasmus herbeigeführt wurde.

Ein charakteristisches Zeichen einer frischen und heftigen *Entzündung der Magenschleimhaut,* das so viel H. weiss, noch keines Pathologen Aufmerksamkeit auf sich zog und das er zuerst nach einer Vergiftung mit Blausäure beobachtete, soll in einer fast unendlichen Anzahl über der Schleimhaut zerstreuter, kleiner, opaker, weisslicher Punkte bestehen, die mehr in der Substanz als auf der Oberfläche der Membran ihren Sitz zu haben scheinen. — Bei Arsenikvergiftungen sah er meistens unter der plastischen Exsudatschichte kleine oder grössere punktförmige oder diffuse Blutaustretungen. — Über die Unterscheidung der Congestion und entzündlichen Injection wiederholt H. nur längst Bekanntes, und nimmt erstere überall an, wo die Schleimhaut nicht (krankhaft) erweicht oder verhärtet, das Secret unverändert, das submucöse Zellgewebe von normaler Textur ist, und wo insbesondere nur die grösseren Venenzweige erweitert und mit dickem Blute

angefüllt sind. Eine bisher nur wenig gewürdigte, theils unter erythematöser, theils unter croupöser Form auftretende Art von Magenentzündung ist die durch die Einwirkung von *heissem Wasser* erzeugte. Die von H. an Hunden und Pferden angestellten Versuche mit Einsprizzungen von heissem Wasser hatten dieselben Resultate, wie sie nach Vergiftungen mit Schwefelsäure und anderen flüssigen Giften (wenn die Einwirkung blos reitzend, nicht ätzend ist) beobachtet werden. Beiderseits geschieht die Haupteinwirkung in der grossen Curvatur an der Stelle, die der Cardia gerade gegenüber liegt und nicht in dem unmittelbar an diese gränzenden Theile des Magens, wie bei sonstigen Entzündungen. Ausserdem findet sich die Falte der Magenschleimhaut (ebenso wie die Valvulae conniventes) besonders an ihren freien Rändern stark geröthet. Dieser und jener Umstand findet merkwürdiger Weise nur, freilich unter sehr verschiedenen Intensitätsverhältnissen, in der den Verdauungsprocess begleitenden Darminjection ein Analogon.

Die *Magenerweichung* läugnet Hodgkin als selbständige Krankheit und leitet sie, gleich Hunter, von der Einwirkung der Magensäfte, von einer Art *Selbstverdauung* her. Der Umstand, dass in allen aufgeführten Fällen ähnliche Symptome vorgekommen waren, ist ihm kein Gegengrund, da er dieselben blos für den gemeinschaftlichen Ausdruck eines Magenleidens hält, in dessen Gefolge ein verändertes, mehr lösende Kraft besitzendes Secret erzeugt wird. Übrigens glaubt er, müssten nothwendig Divertikeln entstehen, wenn die Erweichung während des Lebens erfolgte. Dass dieselbe in der Regel nicht allgemein, sondern meist nur partiell ist und vorzugsweise gewisse Theile (Cardiamagen) befällt, scheint ihm ebenfalls kein Einwurf, da etwas Ähnliches auch bei der ätzende Einnwirkung der Schwefelsäure Statt findet. — Indem wir diesfalls auf Rokitansky's Handbuch verweisen, erwähnen wir nur noch, dass Schumann (Zg. Pr. 1) gegen das fragliche Leiden und die charakteristische Diarrhoee, die dasselbe begleitet, die Tinctura ferri mur. anempfiehlt.

Ausser den auch von Rokitansky angenommenen *Geschwürsformen*, den perforirenden, und den (haemorrhagischen) Erosionen nimmt Hodgkin (l. c.) noch eine 3. Art an, die er den Aphthen vergleicht und als Anfangsform des perforirenden Magengeschwüres betrachtet. — Trotz Cruveilhier's Verdiensten um letztere Krankheitsform scheint dieselbe, einer Discussion in der Societé médico-pratique (G. H. 20) nach zu urtheilen, in Frankreich noch keineswegs hinreichend gewürdigt zu sein; ein Gleiches liesse sich wohl auch von Deutschland sagen. — Der von Dr. Clemens (J. Bd. 97. H. 2. p. 89) als *geheilte Melaena* be-

schriebene Krankheitsfall, scheint eben auch nichts anderes als ein perf. Geschwür mit starker Magenblutung gewesen zu sein. Die Behandlung mit Mineralsäuren und Tonicis bie tet nichts Besonderes.

Die Symptome der *Magenperforation* folgen nach Crisp (The Lancet — G. 8) in nachstehender Ordnung: 1) lebhafter, heftiger Schmerz in der Magengegend, rasch über dem ganzen Unterleib sich verbreitend, meist 2) heftige krampfhafte Zusammenziehung der Bauchmuskeln, die knotenförmig anschwellen, 3) grösste Ängstlichkeit im Gesichtsausdrucke der Kranken, die durchdrungen sind von dem Gedanken sterben zu müssen. Diese Zufälle dauern 12—30 Stunden; in einem von Elliotson erwähnten Falle, wo Opium in sehr hohen Gaben gereicht wurde, blieb der Kranke noch 70 Stunden am Leben. — Unter den 51 Fällen, die C. zu beobachten Gelegenheit hatte, waren 12 Männer und 39 meist unverehelichte und chlorotische Frauenzimmer. 21 von letzteren zählten 15—20 Jahre, *zehn* 20—25, *fünf* 25—30, die übrigen *drei* 40, 50 und 60 Jahre; — 13 waren unregelmässig, 1 noch gar nicht menstruirt, bei den anderen ist darüber nichts angegeben. Nach C. kömmt das perf. Geschwür wohl nie vor der Pubertät, äusserst selten nach dem Aufhören der Periode, nur ausnahmsweise bei verheiratheten Frauen vor. Dies, eben so wie die häufige Coincidenz der Chlorose, deutet auf eine Beziehung dieses Leidens zur Menstruation. — Übrigens fand C. das perf. Geschwür bei Weibern häufiger in der linken Hälfte des Magens, bei Männern in der Nähe des Pylorus.

Ein Fall von **Skirrhus pylori**, von einer starken Magenerweiterung begleitet, den Cornelius in Mecheln (av. Belg. 1843. 9. p. 25) mittheilte, ist dadurch merkwürdig, dass dabei eine Schwangerschaft zu Stande kam, und erst nachdem die Frucht einige Monate alt war, ein Abortus eintrat, dem bald der Tod nachfolgte. Dem Skirrhus entsprach eine in der Nabelgegend frei hin und her bewegliche Geschwulst, eine andere dem schwangeren Uterus. — Eine Berstung des sehr angefüllten Magens beim Skirrhus pylori beschreibt Flögel (W. Ö. 9). — Bei Hodgkin (l. c.) werden die Krebsformen des Magens unter den abnormen Productionen malignen Charakters sehr unvollständig abgehandelt. — Gegen **Gastralgie** empfiehlt Prof. Otto zu Kopenhagen (Z. Ausl. Bd. 25. p. 98) das Bittermandelwasser. Er gibt es jedoch selten allein, sondern meist in Verbindung mit der Mixt. aperiens Ph. Dan. (Tinct. rhei aq., Liq. kali tart. aa.) — Rp. Mixt. aper. dr. vj. Aq amygd. am. conc., Liq. Hoffm. aa. dr. jj. S. 50—60 Tr. 4mal des Tags, dabei äusserlich Blutegel, Sinapismen, Linim. volat. c. opio und strenge Regelung der Diät. — Als mögliches Diagnostikon zwischen Gastralgia und Gastritis gibt Gouraud (G. H. 9) nach einem Trappisten-Arzte an, dass bei ersterer Fleischkost ver-

tragen werde. — Wenn *gastrische Fieber* mit Magenreitzung complicirt sind, hält Dr. Schlesier (W. 7. 8) Brechmittel für contraindicirt, und empfiehlt unter diesen Umständen das Plumb. acet. $^1/_2$—$^1/_6$ gr. mit Morphium $^1/_{12}$—$^1/_{20}$, das Natron. nitr. u. dgl. — Als eines Seitenstückes zu Fällen von **Perigastritis**, wie sie Monro, Andral, Lietaud verzeichnet haben, erwähnt Albers (C. Rh. 5) eines Zellgewebsabscesses. der sich an der kleinen Curvatur des Magens zwischen den Blättern des kleinen Netzes vorfand und durch eine neugebildete Öffnung im Zwerchfelle mit der Brusthöhle communicirte.

Die *Durchbohrung des Darmcanales* bespricht Dr. Landsberg (M. Bd. 65. p. 359—430) in einem längeren Aufsatze. — Da dieselbe, insofern sie nicht aus traumatischer Ursache entstand, niemals Krankheit selbst, sondern immer nur Ausgang einer schon vorhanden gewesenen acuten (Typhus, Ruhr etc.) oder chronischen Krankheit des Darmcanales ist, hält er die Benennung spontane Durchbohrung für unpassend, und will dafür lieber den Ausdruck idiopathisch gesetzt wissen. Bei der chronischen Form, mit der sich L. vorzugsweise beschäftiget, hält er chron. Unterleibsleiden, Kolik, Menstruationsanomalien, hysterische Beschwerden (insgesammt Bezeichnungen, bei denen man keine Vorstellung eines scharf bestimmten Krankheitszustandes gewinnt), ärmliches Leben, grobe Kost für die vorzüglichsten disponirenden, Erkältung, Schrecken, Diätfehler etc. betrachtet er als die beschleunigenden Krankheitsmomente. Übrigens sah L. die Durchbohrung häufiger bei Frauen als bei Männern, während Andere, namentlich Volz (Vj. Prag. 1. p. 104) gerade das Gegentheil angeben, fast immer aber, worin Alle übereinstimmen, im Blinddarme oder in dessen Nähe. In Beziehung auf die Symptome, die unter jeder Form des Auftretens dieselben allbekannten bleiben, scheint es ihm merkwürdig, dass bei diesem Zufalle, d. i. wenn die Contiguität des Darmcanales gestört ist, gewöhnlich nur im Anfange Erbrechen eintritt, während dasselbe anhält, und sich sogar bis zum Miserere steigert, wenn (bei innerer Incarceration etc.) die Continuität aufgehoben ist. — L. gibt blos — und ebenfalls als besondere Seltenheit — eine Naturheilung durch Bildung eines Anus praeternat. etc. zu; eine Heilung durch Kunsthülfe, wie sie insbesondere franz. und englische Ärzte ansprechen — auch Castelnau (Av. gén.) meldet neuerdings einen (unserer Ansicht nach jedoch diagnostisch nicht gehörig sicher gestellten) Fall, wo nach Morphium zu 0,06—0,10 Gramme ein günstiger Erfolg erzielt wurde — gehört nach L. in das Gebiet der Träume. Strenge Ruhe in dieser Krankheit, sagt er, ist ein Ding, das zwar der Arzt befehlen, kein Kranker aber befolgen kann, grosse Gaben von Opium und Enthaltung von allem Getränke — ein barbarisches Ver-

gehen gegen die Euthanasie — werden den Tod eher beschleunigen als abhalten. — (Möge diese einseitige Argumentation Niemanden abhalten im vorkommenden Falle das eben angedeutete, gewiss sehr rationell und von bedeutenden Auctoritäten gestützte Verfahren einzuschlagen!) In allen Fällen chron. Darmperforation fand L. die Glieder der Leiche unabhängig von den Temperaturverhältnissen ausserordentlich steif und unbiegsam, und stets an sehr vielen Körpertheilen Todtenflecke; die tympan. Auftreibung des Leibes war immer sehr bedeutend. — In *gerichtlich medicinischer Hinsicht* hält L. die Erforschung der früheren Lebensgeschichte des Verstorbenen für höchst wichtig, da eine traumatische Zerreissung des Darmcanales ohne alle äussere Spur einer Verletzung vorkommen, andererseits aber der allerdings seltene Fall eintreten kann, dass eine entschiedene Disposition zur idiopathischen Darmdurchbohrung mit einer stattgehabten äusseren Verletzung einer damnificirenden Einwirkung zusammentrifft. — Krankheitsgeschichten und Obductionsberichte erläutern das Gesagte.

Einen Fall von **Ileus,** der durch Achsenumdrehung des Endstückes des Ileums nach einer heftigen springenden Bewegung entstanden und binnen 14 Tagen tödtlich verlaufen war, beobachtete Dr. Koschny (W. 4), und Casper erwähnt hierbei eines ähnlichen Falles, der sich nur dadurch unterschied, dass sich das Colon descendens um seine Achse gedreht hatte. In einem Falle von *Kothbrechen*, den Dvik (G. L. March) bei einem Mädchen beobachtete, welches geröstetes Korn statt Kaffee zu geniessen pflegte, erzielte er durch ein Tabakklystir, dem eines aus Asa foetida nachgeschickt wurde, häufige Stuhlentleerungen und Heilung, nachdem vorher Mercurius vivus, Crotonöl, Terpenthin-, Tabak- und Tabakrauchklystire durch 8 Tage erfolglos verordnet worden waren.

Eine hartnäckige, sehr qualvolle **Stuhlverstopfung** war in einem von Guepratte (Cliniq. de Montpellier. Août) erzählten Falle durch Anhäufung verschluckter Mispelkerne im Mastdarme bedingt; später war auch Harnverhaltung zugetreten und im Perinaeum eine deutliche Geschwulst fühlbar. — Mittelst eines Zwickbohrers wurden die Kerne entfernt. Aromatische Bäder beschlossen die Cur.

Gegen die **Ruhr** rühmt Dr. Burkhardt (Zg. Pr. 1) das auch von Berndt empfohlene Eiweisswasser (das Weisse von 1 Ei in $^1/_2$ Quart Wasser gerührt mit Zucker). Als ein besonderes Gastrointestinalleiden bezeichnet Gouraud (G. H. 9) eine *Diarrhoee*, die sich bei Trinkern bald nach der Mahlzeit einstellt.

Bei **Verengerungen des Afters,** die durch Hypertrophie des Sphinkters entstanden sind, hält ein Ungenannter G. (W. 5) die Durchschneidung des krampfhaften Muskels (am besten nach der subcutanen Me-

thode) für das allein rationelle Verfahren, indem örtliche Blutentziehungen, Bähungen, erweichende Klystire etc. nur palliativ wirken, Erweiterungen nicht vertragen werden.

Ausser den bereits früher (Vj. Prag. 1. p. 107) aufgezählten *Zufällen, die die Gegenwart von* **Eingeweidwürmern** veranlassen kann, nennt Mondière (G. H. 17. 23) in seiner literar-historischen Zusammenstellung noch: Paralyse, Hyperaesthesie der Haut, Schielen, Husten, Nasenbluten, Haematurie, Haemoptysis, Metrorrhagie, Syalismus, Enuresis. Die Anwendung der Granatwurzel gegen den **Bandwurm** wurde neuerlich in der Versammlung der Wiener Ärzte wieder zur Sprache gebracht. Das concentrirte Infuso-decoctum, welches, wie wir bereits früher erwähnt, die wirksamste Form ist, wird in Wien (V. Bd. 4. p. 108) auf zweifache Weise bereitet. Nach Pharm. Mag. Wertheim lässt man 2—3 Uncen der Wurzelrinde mit 6 Pfd. dest. Wasser in einem Zinngefässe durch 18 Stunden digeriren und kocht dann die Masse bis auf 8 Unc. Colatur ein. Nach Hofapotheker Steinhäuser lasst man 2—4 Unc. Rinde mit 24 Unc. Wasser durch 24 Stunden infundirt, giesst dann das Infusum ab und kocht den Rückstand wiederholt mit Brunnenwasser so lange, als dies noch braun gefärbt wird. Die erhaltenen Flüssigkeiten (Infusum et Decocta) werden bis zur Gallertconsistenz (auf etwa 6 Unc.) eingedampft und dispensirt. Sollte beim Gebrauche Brechen erfolgen, so kann man als Corrigens der unangenehm schmeckenden Flüssigkeit einige Uncen Wein zusetzen. — Nach Ph. Mag. Bach kommen Verfälschungen dieser Drogue mit den Wurzeln von Berberis vulg. und Buxus sempervir. vor. — Steinhäuser hält die amerikanische Sorte für die beste. — Die Bremser'sche Methode, die nächst der besprochenen, wie Ph. Mag. Trnkoczy erinnert, die meisten Anhänger zählt, ist nach Pr. Lippich nicht wie jene eine Expulsiv-, sondern eine Extinctionsmethode. Übrigens will er einen Fall wissen, wo sich nach deren Anwendung Tuberculosis entwickelte. — Dr. Mauthner (ibid.), der die Granatwurzelrinde 2[mal] bei Kindern anwandte, sah immer üblen Erfolg davon; beide Kinder bekamen heftige Kolikschmerzen, das eine auch Diarrhoea cruenta. Dieses letztere lag unter Kindern, die insgesammt an Dysenterie litten; das andere war zugleich an Scharlach erkrankt; beide Fälle können somit keinen Ausschlag geben. *Dr. Halla.*

Eine *durch verschluckte Steine verursachte acute* **Peritonaeitis** will M. Dr. Congrain von Alençon (G. H. 18) bei einem Irrsinnigen beobachtet haben. Dieser, ein Mann von beiläufig 30 Jahren und hoher Statur, hatte durch etwa 14 Tage Sand und kleine Steinchen, die er am Pflaster seiner Anstalt gefunden hatte, geschluckt, wurde hierauf von so

heftigen Bauchschmerzen, Fieber und Stuhlverstopfung befallen, und starb am zweiten Tage. Als man beim Leben den Mastdarm untersuchte, fand man die Höhle desselben mit diesen Steinchen angefüllt und auch beim Stuhlgange hatte man einige davon gefunden. — Der Leichenbefund ist auffallend mangelhaft und ganz unverlässlich; man kann aus demselben nur so viel entnehmen, dass die Krankheit keine Peritonitis war, dass der Tod ganz andere Ursache hatte (höchst wahrscheinlich Tuberculosis), und dass im Magen und im Dickdarme einige Steinchen gefunden wurden, insbesondere waren im Blinddarme einige von der Grösse eines Taubeneies.

Der **Ruptur der Milz**, einer seltenen Krankheit, die der Congestion, Entzündung und Schwellung der Milz nachfolgt und deren Ausgang bildet, werden von Dr. Vigla (G. H. 10) folgende Erscheinungen zugeschrieben: Schmerz in der Milzgegend, Meteorismus, häufig Übelkeiten und sogar Erbrechen, Stuhlverstopfung, der Puls soll steigend frequenter und kleiner werden, Ohnmachten, und unter den höchsten Ängstlichkeiten und Schmerzen sollen die Gehirnfunctionen normal von Statten gehen. Dies sollen die häufigsten Erscheinungen sein, wiewohl dieselben vielen Abänderungen unterworfen sein können, der Tod folgt immer gewöhnlich sehr schnell, zwischen einigen Stunden und sechs Tagen, diesen Erscheinungen. Die Form des Risses ist gerade, winkelig oder rundlich. Die Menge des ausgetretenen Blutes, das im Bauchfellsacke theilweise gerinnt und theilweise flüssig bleibt, ist oft sehr bedeutend und soll *keine Peritonitis* verursachen. Überdies soll die Ruptur der Milz schwer zu erkennen sein von Rissen des Darmcanales, der grösseren Gefässe in der Bauchhöhle. Bei gestellter Diagnose soll man blutstillende Mittel und grosse Gaben von Opium anwenden. (*Referent* glaubt bemerken zu dürfen, dass die angeführten Symptome mit der Ruptur der Milz nicht zusammenhängen, sondern Erscheinungen derjenigen Krankheiten sind, in deren Verlaufe die Milz durch verschiedenartig geartete Producte infiltrirt und sogar zur Ruptur gebracht werden kann. Die Bestimmung der Grösse der Milz mittelst der Percussion, das pralle Anfühlen ihres ins Hypochondrium reichenden Endes, seine Empfindlichkeit u. s. w., verglichen mit einem mehr weniger plötzlich entstandenen Collapsus und Verkleinerung dieses Organes im Verlaufe eines heftigen Typhus (denn nur im Typhus haben wir eine Ruptur der Milz zu beobachten Gelegenheit gehabt) *oder* einer Intermittens (Rokitansky), könnten zur Diagnose dieses Umstandes führen. — Wir glauben, dass die Entzündung der Milz nie eine Ruptur bedingen kann; denn die Entleerung eines Abscesses ist offenbar etwas anderes.)

Die gallige Dyskrasie (Icterus) mit acuter gelber **Atrophie der**

Leber *hat* Dr. Paul Joseph Horaczek neuerdings (XVII) einer genaueren Untersuchung unterworfen. Nach D. H. haben die vielfachen Arten der Gelbsucht dieselben anatomisch - physiologisch-pathologischen Veränderungen so wie dieselben chemischen Mischungsverhältnisse der Säfte zur Grundlage; daher bilden sie alle nur eine und dieselbe Krankheit. Sie beruhen auf einer eigenthümlichen Entmischung des Blutes und Übersättigung desselben mit Gallenstoffen und sollten deswegen galliger Krankheitsprocess, gallige Dyskrasie, Cholose, Cholaemie — benannt werden. In Rücksicht der Ursache der galligen Blutentmischung wird die Gelbsucht in eine idiopathische, deuteropathische und endlich in Polycholie (Gallsucht) eingetheilt. — Die *idiopathische gallige Dyskrasie* besteht in einer sich unmittelbar entwickelten krankhaften Blutmischung mit einer gleichzeitigen Störung, selbst gänzlichen Aufhebung der secretionellen Function der Leber, und da diese Gelbsucht durch die acute gelbe Atrophie der Leber bedingt wird, so kann sie auch nach derselben benannt werden. Zu dieser Form gehören fast alle Arten der Gelbsucht, insbesondere ein grosser Theil derjenigen Krankheiten, die Hepatitis, Febris biliosa, Cephalocholosis etc. genannt werden und dann die schnell lethal gewordenen Gelbsuchten, wo in der Leiche nichts gefunden wurde, weil die gelbe Atrophie übersehen worden ist. — Die *deuteropathische Gelbsucht* entsteht, wenn entweder die bereits abgesonderte Galle wieder in die Blutmasse aufgenommen wird, oder wenn organische Veränderungen in der Leber, Gallenblase, Gallengängen oder ihrer Umgebung ein mechanisches Hinderniss für die Leberfunction abgeben. — Endlich bildet die Polycholie ein Mittelglied zu anderen Blutmischungskrankheiten und zeichnet sich durch eine übermässige Bildung von Gallenstoffen und deren Anhäufung im Blute bei ungehinderter selbst verstärkter Secretionsthätigkeit der Leber aus (z. B. Gallenfieber). — Nur die erste Art der Gelbsucht wird in diesem Werke abgehandelt. —

Anatomischer Charakter. — A. Constante Veränderungen: a) Das Blut befindet sich in Folge seiner Verminderung des Faserstoffes in einem flüssigen aufgelösten Zustande; die wenigen Coagula sind weich, leicht zerreissbar, das Blut ist dunkel, schwarzbraun, schmutzig, schwarzroth und wird von der atmosphärischen Luft wenig oder gar nicht verändert. Überdies sind in demselben viele Stoffe der Galle (Gallenfarbstoffe) angehäuft. Das Bilin kommt in der Regel durch Aufsaugung der bereits abgesonderten Galle ins Blut, also vorzüglich bei der deuteropathischen Gelbsucht. Dieses Gallenpigment ist auch der Grund der Entfärbung der organischen Systeme, wie sie der Gelbsucht zukömmt. — *b) Die Leber* zeigt die Charaktere der acuten gelben Atrophie; — (Verkleinerung besonders des dicken Durchmessers, Runzelung des Peritonealüberzuges,

Anaemie mit gelblicher Färbung ihrer Substanz; diese ist welk, erschlafft, hat ihr körniges Gefüge und ihre Scheidung in zwei Substanzen verloren.) *c) Die Milz* ist geschwellt, vergrössert, sehr blutreich, aufgelockert; was jedoch nicht geschehen kann, wenn die Milz bereits früher erkrankt, verdichtet, atrophisch war. *d) Das Gehirn* ist gewöhnlich anaemisch, serös infiltrirt, hydrocephalisch erweicht. *d)* Stärkere Entwickelung *der Mesenterialdrüsen* mit gleichzeitiger Erweichung; das *Ganglion solare* so wie alle *parenchymatösen Organe* sind welk, erschlafft, blutarm; die *Muskeln* welk, die Todtenstarre geringer. — *f) Schmelzungsprocesse der Schleimhäute*, diese kommen als Erweichung verschiedenen Grades, Färbung, häufig im Magen, Dickdarme, weniger im Uterus vor. — *B. Zufällige Veränderungen*: *a) In den Lungen* findet man Stasen und hypostatische Pneumonie, besonders bei vollblütigen Individuen oder bei älterer Induration und Atrophie der Milz. *b)* Schlecht geartete *Entzündungen der serösen Häute* mit einem schmutzigen, haemorrhagischen oder purulenten Exsudate. *c) Phlebitis* und ihre Folgen. Da überdies die Leber und ihre Ausführungsgänge bereits früher erkrankt sein können und so häufig den deuteropathischen Icterus bedingen, so gehören auch diese Zustände nicht zu dieser Klasse. — Dasselbe gilt von Krankheiten anderer Organe.

Symptome. A. Im niederen Grade der Krankheit. Die Vorläufer bestehen in verschiedenen Störungen des Nerven- und Digestionsapparates, wie sie bei allen schweren Krankeiten von den Ontologen beschrieben werden. Man kann diese Erscheinungen erst dann organisch deuten, wenn in ihrem Verlaufe unter mehr weniger deutlichen Fiebererscheinungen die Kranken gelbsüchtig werden. *Referent* kann die mannigfachen ontologischen Ansichten über die verschiedenen Fieberarten, Krisen, Pulsarten, Heilungsbestrebungen u. dgl., die sehr weitläufig beschrieben werden, nicht billigen, weil dieselben als ein alter Kram die neuen, interessanten Thatsachen nur beeinträchtigen. Dass überdies das in den meisten Fällen vorhandene Fieber verschiedene Grade und mannigfache Begleiter haben könne, oder sogar durch anderweitige Combinationen veranlasst und modificirt werde, versteht sich von selbst. Die Veränderung der Blutmasse durch die Gallenfarbstoffe entwickelt sich mehr oder weniger rasch und verursacht die bekannten Veränderungen der flüssigen und festen Bestandtheile unseres Körpers, wie sie bei der Gelbsucht beschrieben werden. Die idiopathische Gelbsucht unterscheidet sich jedoch von anderen Gelbsuchten durch folgende Merkmale: Die Kranken klagen über *Schmerzen in der Lebergegend*, gewöhnlich am linken Lappen, weniger häufig an einer genau umschriebenen kleineren Stelle. Dieser besteht in einem Gefühle von Druck, Spannung, von flüchtigen Stichen und wird durch Befühlen gesteigert. In schweren, oft lethal werdenden

Fällen sind jedoch die Schmerzen sehr heftig, anhaltend, und werden durch kein Mittel und keine Lageveränderung gemildert. Dabei ist der Unterleib selten von Luft aufgetrieben und gespannt, vielmehr eingefallen und die Bauchmuskeln zusammengezogen. Diese Schmerzhaftigkeit der Leber hält beinahe gleichen Schritt mit dem Stillstehen und Schwinden ihrer Functionsthätigkeit, mit der Volumabnahme derselben, und dem Verluste ihres normalen Gefüges. — „Wenn man bei Individuen, die nie von irgend einer Krankheit heimgesucht waren, die nie über das geringste Leberleiden geklagt haben, den cholotischen Krankheitsprocess sich plötzlich entwickeln und unter grosser Schmerzhaftigkeit der Leber verlaufen sieht, wenn das Zusammensinken des Volumens der Leber sich objectiv nachweisen lässt“ — so ist die Diagnose der idiopathischen Cholose zu stellen, und bei lethal gewordenen Fällen wird die Section dieselbe bestätigen, in den in Gesundheit übergehenden Fällen ist jedoch die Begründung der Gelbsucht in der gelben Leberatrophie gleichfalls anzunehmen. — Das Atrophischwerden der Leber steht immer im geraden Verhältnisse zur Intensität der Krankheit. Der Umfang und die Dicke der Leber sind durch die Percussion zu bestimmen. *Die Milz ist geschwellt* und *vergrössert*, was gleichfalls durch die Percussion bestimmt werden muss. Die Kranken klagen auch in dieser Gegend über Schmerzen, welche unter dem Namen von Milzstechen bekannt sind. *Die Gallenblase* ist bei idiopathischer Cholose in ihrem weiteren Verlaufe *kleiner*, *geschrumpft* und endlich weder durch die Palpation noch durch die Percussion zu finden, wodurch sich diese Gelbsucht von den deuteropathischen, von Spannung und Vergrösserung der Gallenblase begleiteten, wesentlich unterscheidet. — Zu diesen Erscheinungen kommen noch einige andere, die von der krankhaften Blutmischung bedingt zu sein scheinen, als: Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, flüchtige, reissende Schmerzen an verschiedenen Stellen des Körpers, eine auffallende Schwäche und Niedergeschlagenheit, Schwerathmigkeit, Zittern, Zuckungen, leichtere Krämpfe. — Alle genannten Erscheinungen verlieren sich bei gutem Ausgange der Krankheit; die Gelbsucht verschwindet, die Milz wird kleiner, die Leber bekommt ihren normalen Umfang u. s. w. oder die Krankheit erreicht den höheren Grad. — *B. Im höheren Grade der Krankheit.* „Nach einer unbestimmten, oft gegen alle Erwartung kurzen Dauer der Krankheit stellen sich eben so unerwartet plötzlich cephalische und nervöse Symptome ein, als: ausserordentliche Unruhe, Irrereden, klonische und tonische Krämpfe, denen entweder schon vorangegangen waren, oder allmälig sich hinzugesellen: allgemeine Apathie, lähmungsartiger Zustand aller Muskelkräfte, verminderte Stärke und vermehrte Frequenz des Pulses (?), Dissolution der Se- und

Excrete und ein komatöser Zustand.“ — Dies ist das höchste, gewöhnlich lethal endigende Stadium der gelben Leberatrophie. Die constanteste dieser Erscheinungen ist der komatöse Zustand, dem in der Regel Delirien vorangehen und den verschiedenartige Krämpfe begleiten.

Combination und Complication. Hierher gehört die *seröse Infiltration und hydrocephalische Erweichung des Gehirnes*, durch welche die erwähnten nervösen Erscheinungen und Erweichungen des Magens und Darmcanals mit ihren gewöhnlichen Zufällen, besonders bei jugendlichen Individuen bedingt werden. Die Combination der idiopathischen Gelbsucht *mit Typhus* charakterisirt den Typhus icterodes (das gelbe Fieber); wenn jedoch die gelbe Leberatrophie im Verlaufe eines Typhus sich entwickelt, so wird dieser nicht selten coupirt oder unterdrückt. — Nicht selten ist die Combination *mit Dysenterie*, es soll jedoch eine Dysenterie durch eine nachträgliche Entwickelung der gelben Atrophie sehr gefährlich werden, beim gleichzeitigen Vorhandensein beider Krankheiten soll das Aufhören der Dysenterie wohlthätig auf die idiopathische Cholose einwirken und dieselbe zur Genesung führen. Combination mit der Gicht (?); mit Skorbut (?); mit Chlorose. — Häufig und friedlich vertragen sich mit dieser Krankheit die Urticaria und der Rothlauf; die Masern, Scharlach und Blattern gehen jedoch abortiv zu Grunde. — Das Letztere gilt auch von anderen Ausschlägen und insbesondere von der Tuberculose. So kommen auch in Folge der verschiedenen Blutmischung die eigentlichen Entzündungen im Verlaufe der gelben Atrophie nicht vor. — Häufig ist die Combination dieser Krankheit mit Phlebitis, besonders nach dem Puerperium.

Ursachen. *a) Die Blüthenjahre.* Der Icterus neonatorum soll häufig idiopathisch sein, besonders wenn die Neugebornen weisse Faeces, einen braunen Urin entleeren und unter soporösen Erscheinungen sterben. In anderen Fällen gehört der Icterus neonatorum zum deuteropathischen, oder es werden ganz differente Zustände unter diesem Namen zusammengeworfen. *b)* Die Weiber werden häufiger in den früheren, insbesondere zur Zeit der Menstruation, Schwangerschaft und im Wochenbette, die Männer in den späteren Lebensjahren davon befallen; überdies ist das Verhältniss beider gleich. Dasselbe gilt von den verschiedenen Constitutionen. *c)* Die, welche den Icterus ein- oder mehrmal überstanden haben, oder an anderweitiger Alteration der Leber und ihrer Anhänge leiden, sollen vom idiopathischen Icterus leichter ergriffen werden. *d)* Missbrauch von Brechmitteln, Purganzen, Abortiva (Safran), Mercurialia und Narcotica. *e)* Spätsommer und Herbst, feuchte, unreine Atmosphäre, schnelle Temperaturveränderungen scheinen die Krankheit zu begünstigen. *f)* Zorn, Ärger, Schreck, Gram u. dgl. m. *g)* Mechanische Veranlassungen, als Stoss, Fall u. s. w. Der *Verlauf* ist bei herabgekommenen, schwäch-

lichen Individuen langsam, sogar fieberlos; bei rüstigen und kräftigen hingegen rasch und heftig. Die *Dauer* des leichteren Grades ist sehr unbestimmt und kann nach wenigen Tagen in Genesung übergehen: jene des höheren Grades ist sehr rapide und oft nach 48, ja selbst nach 24 Stunden, selten nach 3 Tagen und höchstens nach 5 Tagen erfolgt der Tod. — *Die Prognose* ist verschieden nach der Individualität und Lebensweise, nach den Ursachen, Erscheinungen, Combinationen und Complicationen. Unter allen Verhältnissen ist es von guter Bedeutung, wenn die Krankheit den niederen Grad nicht überschreitet, wenn die anomalen Pigmentablagerungen sich mindern, das Fieber schwindet, die Faeces von Galle gefärbt werden und der Leberschmerz aufhört. Vom höheren Grade ist der Übergang in Genesung äusserst selten.

Therapie. Nach Berücksichtigung der ursächlichen Momente, Entfernung noch etwa wirkender schädlicher Potenzen soll die Krankheit nach ihrem verschiedenen Charakter behandelt werden, wie dies in der ontologischen Schule gelehrt wird. Bei den sogenannten gastrischen oder saburralen Erscheinungen soll man Brechmittel auch zu wiederholten Malen anwenden, so wie dieselben zur Beförderung der Gallensecretion auch im Verlaufe öfter angewendet werden sollen. Zur Entfernung der verschiedenen anomalen Gallenstoffanhäufungen werden Bäder, Purganzen, Diuretica, zur Belebung des Nervensystems reitzende oder stärkende Mittel innerlich und äusserlich angerathen. Zur Verbesserung der Blutmischung werden Säuren vorgeschlagen. Der Gebrauch der Mercurialien wird für schädlich erklärt. Die vorgeschlagene Behandlungsweise ist ganz derjenigen ähnlich, wie man sie in ontologischen Schriften fast bei allen Krankheiten findet; wenn man einen Gastricismus oder Unreinigkeiten vermuthet, so werden ausleerende Mittel vorgeschlagen; bei einem supponirten Kräftezustand werden schwächende, bei Schwäche stärkende Mittel für wohlthätig erklärt, und man glaubt, dass alte Mittel auch die neuen Krankheiten heilen müssen. — Es geht den erst jetzt bekannt gewordenen Krankheiten bei den Ontologen beiläufig so, wie armen Leuten, die Kleider tragen müssen, welche für andere, oft ganz anders gestaltete Menschen gemacht worden sind! — Das im Anfange der Krankheit häufig vorhandene *Brechen* soll durch warme, feuchte oder auch aromatische Umschläge auf die Magengegend, Potio Riveri, Glas Champagner, Tinct. anodyna, Eispillen u. dgl. beseitiget werden. Der *heftige Leberschmerz* durch ähnliche Kataplasmen, ölige, aromatische, opiumhältige Einreibungen, Empl. foetidum, Theriak u. s. w. behoben werden. Das *lästige Hautjucken* wird durch warme Bäder mit Zusatz von Kochsalz, Seife, Kali caust. gelindert. — (*Referent* hat dieser zweiten Auflage deswegen mehr Aufmerksamkeit geschenkt.

weil die Lehre vom Icterus in derselben mehr begründet worden ist, als in der *ersten* (vide Vj. Prag. I), und weil sich dieselbe eben dadurch von allen Schriften dieser Art, selbst von den neuesten Abhandlungen französischer Ärzte über diesen Gegenstand unterscheidet. Wenn man von der theilweise ontologischen Richtung dieser Schrift absieht, so findet man in derselben viele interessante Thatsachen, und es bleibt nur noch zu wünschen, dass die Diagnose des leichteren Stadiums dieser Krankheit als solche, so wie ihre Diagnose vom deuteropathischen Icterus und von der Polycholie auf eine feste und sichere Grundlage gestellt werden könnte, weil dies zu einer wissenschaftlichen Begründung irgend einer neuen Lehre unumgänglich nothwendig ist.) *Dr. Hamernjk.*

Hautkrankheiten.

Die Frage: was vermag die Kunst gegen die Entwickelung und den Verlauf der **fieberhaften Exantheme?** beantwortet Winter (A. Han. 1843. 6), der das Wesen derselben in dem Regenerationsprocesse des Contagiums sucht und auf diesen jedes therapeutische Handeln hingerichtet wissen will, in folgenden Sätzen. Einmal Statt gefundene Infection kann nicht wieder aufgehoben, sondern nur beschränkt und gemildert werden. Das Contagium zerstören chemische Mittel, unter welchen das Oxygen und seine Verbindungen, Mineralsäuren, namentlich die oxygenirte Salzsäure den ersten Rang einnehmen. Diese Mittel, welche zugleich den Reactionserscheinungen analog wirken sollen, möge daher die Kunst anwenden. Ist der Ausschlag bereits vorhanden, so soll bei Scharlach Belladonna, bei Masern Aconit und bei Blattern Brechweinstein angewendet werden. In diätetischer Beziehung entsprechen geräumige hohe Zimmer mit einer 10° nicht übersteigenden Temperatur (!), leichte Bedeckung mit Decken, vegetabilische Kost und Wasser zum Getränk, welchem nach Umständen Mineralsäuren zugesetzt werden können. Im Stad. deflor. tritt ein warmes Verhalten ein. Zur Beförderung des Erbrechens dient Brechweinstein, zur Beförderung der Diarrhoee die schwefelsauren Salze; tritt unter den Reactionserscheinungen vermehrte Hautthätigkeit ein, so kommen die Ammoniakpräparate an die Reihe. — Über die *acuten Dermatosen des letzten Jahrzehends* mit besonderer Berücksichtigung der Rötheln und der Typhusausschläge theilt Dietl zu Wien (Jb. Ö. I. 2) seine Beobachtungen mit. Vorzüglich sind es die von Willan mit Roseola und von deutschen Pathologen mit Rubeola bezeichneten Formen, welche einer schärferen Charakteristik entbehren und zu Irrthümern Veranlassung geben. Häufig trat während der Abnahme der Choleraepidemie 1831, 1832 und 1836 im Zeitraum der Reaction die erwähnte *Rubeola* als *aestiva* (cholerica Rayer) und

annulata ein und hatte eine Verminderung sämmtlicher Reactionserscheinungen und binnen wenigen Tagen das gänzliche Erlöschen des Krankheitsprocesses zur Folge. Kein Cholerakranker starb, der hiervon befallen wurde. Gegen das Erlöschen der Epidemie 1832 sah man die Rubeola auch bei gastrisch-nervösen Fiebern und endlich selbständig mit Fiebererscheinungen, wozu gastrische Zufälle, Mattigkeit und Unruhe sich gesellten. Als Unterschied der Rubeola idiopathica und symptomatica wird angeführt, dass bei ersterer die hervorspringenden Flecke kleiner, runder und zusammenfliessender sind, daher die Haut stellenweise in einem grösseren Umfange scharlachroth färben, so dass diese das Ansehen von Masern und an einzelnen Stellen von Scharlach bekommt; der Mangel katarrhalischer Erscheinungen unterscheidet sie von den ersteren. Auf die Cholera folgte 1833 und eben so 1836 die Grippe in heftigem Grade, unmittelbar darauf Masern; dieselben Kinder, die Rubeola früher überstanden, bekamen nun die Masern und umgekehrt. — Im Jahre 1838—1839 waren gastrische Fieber, Typhus und Blattern an der Tagesordnung. Im Jahre 1840 trat bei Kindern von 3—12 Jahren ein eigenthümliches Exanthem auf, welches die grösste Ähnlichkeit mit Scharlach hatte, von diesem aber durch seine weit blässere Färbung, fehlende Irritation der Schlingorgane, gelinden Verlauf und Auftreten bei Kindern, die Scharlach überstanden hatten, sich unterschied; meist erfolgte eine leichte kleienartige Abschuppung, in 2 Fällen Hautwassersucht. Da es weder zum Scharlach noch zu den Masern, Rothlauf, Erythem und Urticaria gerechnet werden kann, so muss man es füglich unter die alles Übrige umfassende Roseola setzen. — Im Jahre 1841 entwickelte sich eine heftige Typhusepidemie und verdrängte alle übrigen Krankheitsformen, namentlich acute Exantheme. In der 2ten Hälfte dieser Epidemie trat in leichteren Fällen Roseola, der Form nach zwischen Masern und Urticaria stehend hinzu, meist erfolgte eine deutliche Abschuppung. — Als eine neue Ausschlagsform beobachtete D. während derselben Epidemie ein *papulöses Exanthem* am unteren Ende des Brustblattes und der äusseren Fläche der Handwurzelgelenke mit Erleichterung der Erscheinungen; 2mal gingen die Papeln in Pusteln über, so dass in einem Falle die Krankheit ein anomaler Blatternzustand zu sein schien, die Leichenöffnung aber zeigte Ileotyphus. Häufig kam auch während derselben Epidemie *Rothlauf* zum Typhus, so wie auch selbständig mit Abnahme der Epidemie; nach dem Erlöschen des Typhus 1842 kamen Blattern und Varicellen, darauf Pneumonien und Pleuresien und endlich abermals Typhus mit leichten Anfängen der Rubeola zum Vorschein. Als verschieden von diesem Typhus mit Exanthem sieht D. den nur 2mal beobachteten *T. exanthematicus* an, erklärt diesen aber dennoch für einen

T. abdominalis mit einem Ausschlag, der die meiste Ähnlichkeit mit Rötheln hat. — Die besprochenen Exantheme unterscheidet D. nach der Zeit ihres Auftretens in solche, welche während der Epidemien (Cholera, Grippe und Typhus) vorkommen, und in solche, welche nach den Epidemien erschienen. Die ersteren waren Rothlauf, Rötheln, der Papel-, Purpur- und Nesselausschlag und das Erythem, die letzteren Masern, Blattern und Scharlach. Erstere sind unter einander ähnliche Exantheme, weil sie „Blüthen eines und desselben Wurzelprocesses," der Cholera und des Typhus sind, deren Verwandtschaft sie andeuten. D. schliesst, dass alle epidem. Krankheiten mit Exanthemen endigen müssen; die äussere Mannigfaltigkeit der erstgenannten Exantheme erklärt D. aus Combinationen, die Rubeola wird als eine Combination von Masern und Scharlach erklärt, wozu manchmals noch Quaddeln der Urticaria kommen. Der Charakter des einen oder anderen Exanthems waltet vor; die Combination hebt die Contagiosität auf. Schliesslich gibt D. einige Andeutungen zur Systematologie der Hautkrankheiten, wobei er eine genauere Terminologie als dringendes Bedürfniss erklärt, ein natürliches System dem künstlichen und jenem entsprechende die Eigenschaften bezeichnende Benennungen den gewöhnlichen trivialen vorzieht. Über eine *Influenza-Röthelnepidemie*, welche Niemanden verschonte, berichtet Middendorf aus Nord-Sibirien (Zg. Russ. 1) unter 71° N. B.; das Exanthem spielte eine untergeordnete Rolle, der Husten war krampfhaft, in einzelnen Fällen folgte der Tod durch Erstickung.

Eine im Zolkiewer Kreise im Jahre 1840 vorgekommene **Masernepidemie** beschreibt Dr. Seidel (Jb. Ö. 1843. Dec.). Von 1519 Individuen starben 196. Eine besondere Empfänglichkeit zeigten jugendliche Schwangere, die der Entbindung nahe waren; gleich nach dieser brachen die Masern an Mutter und Kind aus. 3mal wiederholte sich der Ausschlag binnen 4—6 Wochen an denselben Individuen, 2mal mit tödtlichem Ausgang. Die häufigste Complication war Diarrhoee, ferner Keuchhusten, 2mal Varicellen; Nachkrankheiten waren ebenfalls Diarrhoee, chronischer Husten, scrofulöse Hautausschläge, 5mal Stomacace (4mal tödtlich).

Über eine bösartige **Scharlachepidemie**, welche durch 8 Jahre in Dublin herrschte, berichtet Kennedy (J. Kdk. 2). In der ersten Form, die er die *einfach bösartige* nennt, zeigten sich grosse Petechien der Haut und Hyperaemie der inneren Organe. Die zweite Form *„die acut bösartige"* verdankte ihre Heftigkeit theilweise der Affection der oberen Theile des Rachens und der mitergriffenen umgebenden Theile, die sich bei der Section mit Serum oder Eiter infiltrirt zeigten; ausser mehr oder weniger ausgebreiteter Abscessbildung stellte sich manchmal auch Brand ein;

in Bezug auf die Beschaffenheit der *Fauces* kamen *Diphteritis* und *Oedem der Glottis,* beide mit Ulcerationen, besonders häufig vor. Der Ausschlag war seiner Intensität nach sehr verschieden; in den heftigsten Fällen bestand er aus einem ununterbrochenen Überzuge des ganzen Körpers, zuweilen aus handgrossen glänzenden Flecken, beidemal mit später auftretenden Purpurflecken gemischt. Nachkrankheiten waren: Steifigkeit und Krümmung des Halses (entweder durch Fortpflanzung der Halsentzündung auf die benachbarten Gewebe bis zur Entzündung und Caries der Wirbelbeine, oder durch Exsudat in das Muskelzellgewebe, oder durch einen spastischen Zustand der betreffenden Muskeln bedingt), Entzündung der Eustachischen Ohrtrompete und eiteriger Erguss in die Gelenke. In manchen sehr bösartigen Fällen hatten sich die Epiphysen von dem Körper der langen Knochen getrennt. Die milderen Krankheitsformen waren häufig mit inneren Veränderungen, besonders mit Brustaffectionen complicirt. Häufig war Hydrops; nur in 3 Fällen fand sich dabei Brightische Entartung der Nieren. Die Reihe der angewandten Behandlungsweisen war: Stimulirende Brechmittel, warme Bäder, laue oder kalte Waschungen, kalte Begiessungen des Kopfs, Anwendung des Höllensteins auf die Rachenschleimhaut, innerlich Reitzmittel und Opium. — Eine „*Scarlatina septica*“ behandelte Romberg (J. Kdk. 1843 H. 4) auf der Kinderklinik zu Berlin bei einem 9jährigen Knaben; nach vorausgegangenen Leibschmerzen und Erbrechen wurde der Knabe somnolent, fieberte, delirirte, die Haut des Halses und der Brust war schmutzig livid geröthet, die Haut trocken, heiss, der Puls 144; nebst corrodirender Absonderung der Nasenschleimhaut fauliger Mundgeruch mit aphthöser Eruption und Angina. Nach kalten Begiessungen und warmen Bädern trat Besserung ein, die Haut wurde weich, mit Abschuppung und Abscessbildung am Halse erfolgte Genesung. — Eine gleichzeitige Epidemie von *Masern und Scharlach* beobachtete Oomen und van Berchem in Belgien (Av. Belg. 1843); in denselben Familien wurden gleichzeitig einzelne Glieder von Masern, andere von Scarlatina, mehrere kurz nach einander von beiden ergriffen. Von 80 Maserkranken starb keiner, von 60 Scharlachkranken 5, darunter ein 35jähriger Mann plötzlich während der Abschuppung ohne andere Leiden. Der prophylaktische Gebrauch der Belladonna bewährte sich; B. gab sie auch im Verlaufe des Scharlachs; die übrige Behandlung war meist exspectativ; bei schwachem erblassendem Ausbruche wurden Diaphoretica, warme Bäder und Senfteige angewendet. Über eine **Miliariaepidemie,** welche im Jahre 1841 im Departement de la Dordogne herrschte, berichtet Parrol (Mémoires de l'Academie de Médecine). Nachdem seit 2 Jahren Masern, Scharlach und Pocken geherrscht hatten, trat dieselbe das erste-

mal mit oder ohne Masern auf und verschwand nach 8 Tagen; das 2mal erschien sie sogleich selbständig, verdrängte die anderen epidemischen Exantheme und herrschte durch 4 Monate. Der 7te Theil der Einwohner, besonders das jugendliche Alter litt, der 13te Kranke starb; leichte Fälle endigten am 4ten, schwere tödtliche am 2—4ten Tage. Vorläufer, Schweisse, Indigestionen, Schwere im Kopfe und Gliedern, Lendenschmerzen u. dgl. waren selten. Die gemeinschaftlichen Symptome waren: die Haut heiss dampfend, der Schweiss enorm, eigens riechend, 5—6 Tage in die Convalescenz dauernd. Papulöser, allmälig vesiculöser Ausbruch am 2—6ten Tage an Hals, Brust und Armen, worauf kleienartige Abschilferung folgte; Mattigkeit, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Schmerz im Epigastrium; in schweren Fällen, die man in Voraus nicht bestimmen konnte, Hirnsymptome, Angst und Sehnenhüpfen; Harn roth, Blutkuchen weich mit wenig Serum, nur einmal mit Speckhaut; das Fieber remittirend, selten intermittirend; die Autopsie zeigte viel Serum in der Arachnoidea und Blutreichthum im Gehirn, das Parenchym und die Schleimhaut der Lungen hyperaemisch, Herz schlaff, Leber und Milch vergrössert. — Andere Krankheiten schwanden völlig, die Impfung aus den Frieselbläschen zeigte keine Ansteckung. — Behandlung. Die inländischen Ärzte waren einig über die Heilsamkeit des *Chinins*, welches das Übel selten coupirte aber milderte; *Nitr.*, *Aderlässe* nach den gewöhnlichen Regeln; ein *Infus. Menthae oder Melissae* mit *Aether* that gegen die Angst während der Eruption sehr wohl..

Über die **Krätz- und Räudemilbe** veröffentlichte Hertwig (XVIII) einige naturhistorishe Beobachtungen; verwandte Arten fand derselbe auch an anderen Haussäugethieren. Die Krätzmilbe kömmt zwar in allen Ländern und Klimaten, mehr aber in südlichen vor und wohnt in feinen eingebohrten Gängen der Hände und Arme, seltener der Schultern und Füsse. Von der Haut entfernt ist sie noch durch eine längere, jedoch nicht genau bestimmte Zeit lebensfähig. Albin Gras fand sie durch 20 Tage an seinem Finger thätig. — Genauere Kenntniss hat man von der *Räudemilbe der Pferde*, welche grösser und zahlreicher als die menschliche ist. Nach 3—5 Tagen entleert sie ein Ei, wornach beiläufig in derselben Zeit die junge Milbe herauskriecht. Sie geht auf Menschen und andere Thiere über und veranlasst bei diesen die gleiche, bei jenen eine krätzartige juckende Hautkrankheit, die sich auch auf den Kopf verbreitet, grössere gelbe entzündete Bläschen zeigt als die eigentliche Krätze, auch auf andere Menschen übergeht, nach einigen Wochen aber von selbst verschwindet. Eine spontane Entwickelung der Räude gibt es nicht, wohl aber kann dieselbe bei schlechter Nahrung und anhaltender Nässe sich vermehren, bei guter Nahrung verschwinden und bei sorgfältiger

Entfernung der Milben heilen, wie dasselbe auch Dr. Köhler bei der Krätze des Menschen erzweckt. — Auch bei Schafen haftete die Ansteckung durch Milben, unsicher dagegen durch die abgesonderte Flüssigkeit, wahrscheinlich nur dann, wenn Milben in dieser Materie waren. Von ihrem Muttersitze entfernt, lebten diese noch 15—20 Tage, besonders bei milder Temperatur und Feuchtigkeit, wurden aber durch Frost, Hitze Ätzkalilauge, Terpenthinöl, Sublimatlösung, Chlorkalk, Tabaksabkochung u. dgl. getödtet. — Über *Metastasen und Nachkrankheiten der Krätze* als Folgen der Unterdrückung derselben schrieb Weitenweber (Jb. Ö. 1. 2) mit fleissiger Berücksichtigung anderer meist älterer Schriftsteller, Autenrieths, Richter's u. s. w. Solche Nachkrankheiten und Metastasen sind nach W. Fussgeschwüre, Furunkel- und Abscessbildung, Blepharitis psorica, Kopfschmerz, Aphonie, Raudenschwindsucht, Asthma, Herzkrankheiten, Magenleiden, Leberinfarctus, Entzündungen innerer Organe, Diarrhoee, Diabetes, Convulsionen, Paralysen, Amblyopie, Apoplexie, Geisteskrankheiten. — Wie willkürlich die Annahmen vertriebener Krätze manchmal sind, möge beispielweise eine von W. angeführte Beobachtung von „Raudenschwindsucht“ Autenrieth's belegen, wo an der Oberfläche der Leber, Milz, des Herzens und der Lunge zerstreute Lobularentzündungen („Pusteln“) als Krätzmetastasen gedeutet wurden; ferner S. 24. „Ja der geistreiche Jahn geht so weit, das verderbliche Magenübel Napoleons in Bezug auf seinen Ursprung nicht sowohl klimatischen Verhältnissen oder der Anerbung allein, als vielmehr einem latent gewordenen Krätzgifte zuzuschreiben.“ (!) Zieht man kritische Beobachtungen theoretischen Ansichten und Autoritäten vor, so dürften wohl, wie auch Vezins zahlreiche Beobachtungen lehren, die sogenannten Metastasen nach geheilter Krätze nicht häufig vorkommen. — Nach 110 vergleichenden Versuchen über die Vorzüge der verschiedenen Behandlungsweisen *der Krätze* nach Vezin, Fricke und Pfeufer fand Seeger (Zg. Mil. 9) die Behandlungsart nach Vezin als die vortheilhafteste; sie heilte mit grosser Sicherheit in der kürzesten Zeit — durchschnittlich in 8 Tagen — gefahrlos, frische und veraltete Fälle in gleicher Zeit, hat weniger Recidive, empfiehlt sich durch ihre Wohlfeilheit und ist zugleich rationell, indem sie dem eigentlichen Krätzausschlage einen secundären unterschiebt. Die Theerseifencur Fricke's eignet sich schon des starken Geruchs und Verunreinigung der Wäsche wegen nur für die Hospitalpraxis. Pfeufer's Behandlung mit grüner Seife schliesst sich ihrem Werthe nach der Vezin'schen näher an, obgleich sie die Haut am meisten afficirt und zur Behandlung der *Scabies purulenta* (wegen Veranlassung hartnäckiger Geschwüre) weniger taugt; nützlich bewies sie sich bei anderen chronischen Exanthemen, z. B. Psoriasis capitis und hartnäckiger Porrigo favosa mit Abscessen.

Die Flüssigkeit der **Pemphigusblasen** untersuchte Simon: (B. Chem. Bd. 1. p. 284); sie war fast farblos, wenig getrübt und reagirte sauer; die chemischen Bestandtheile waren Wasser 959,8 und fester Rückstand 40,2, worunter Albumin mit Schleimkörperchen (28), Fett, in Alkohol lösliche extractive Materie und feuerbeständige Salze.

Eine tödtliche confluirende **Variola** sah Gerardin (Revue medicale 1843. Mars) bei dem neugebornen Kinde einer gut vaccinirten Mutter. Letztere lag 10 Tage vor ihrer Entbindung neben einer Blatterkranken und blieb frei von Ansteckung; das resorbirte Contagium passirte also ihren Körper, ohne pathologische Zustände zu erzeugen. — Eine *Coexistenz von Variola vera und Vaccina* sah Fleischer (W. Ö. 10) bei 12 Kindern, die während des Verlaufes von Variolaepidemien geimpft waren. Bald ging die Variola, bald die Vaccina um 1—2 Tage voraus; die Schutzpocken übertrafen bei allen die gewöhnliche Grösse, ihre Umgebung war entzündeter; ein mildernder Einfluss auf die Variola soll nicht bemerkbar gewesen sein. — Über *Variola und Vaccina* lieferte Schenk (XIX) eine eigene Monographie; Variola und Variolois werden aus gleichem Contagium abgeleitet. Die Schutzkraft der Vaccina hält S. nicht blos für temporär, sondern für die ganze Lebensdauer eines Menschen schüzzend. Die allenfalls sich noch zeigende Disposition für Blattern wird nicht als eine allmälige, wieder erwachende, sondern als eine gleich Anfangs unvollständig getilgte gedeutet. Diese zurückbleibende Disposition bezieht S. theils auf mangelhafte Impfungsgesetze verschiedener Länder, ungenügendes Impfungsverfahren, Unkenntniss der Vaccina, theils auf folgende Verhältnisse: 1. Eine so *mächtige Blatternanlage*, dass selbst die gelungenste einmalige Vaccination nicht hinreicht dieselbe vollkommen zu tilgen. 2. *Impfung vor dem* 5ten Lebensmonate, indem der zur Tilgung der Pockenanlage durch die Impfung hervorzurufende Reactionszustand in diesem Alter nicht hinreichend ist; die Narben der Kuhpocken, welche im ersten Lebensjahre geimpft werden, sind meist klein, flach mit kaum sichtbaren feinen Vertiefungen, wogegen die späteren vom 7—20. Jahre weit grösser und tiefer sind; doch räth S. bei herrschenden Blattern die Vaccination, selbst in den ersten Lebensmonaten, an. 3. *Schlechte Constitution, verschiedene Dyskrasien,* namentlich Scrofeln, Lustseuche, Rhachitis, Hautausschläge etc. Dieselben sind jedoch keineswegs Contraindicationen, sondern heben oder bessern frühere Krankheiten, wie mehrere erzählte Fälle von Scrofeln, Hautausschlägen, Keuchhusten etc. beweisen. 4. Nach der Vaccination ausbrechende *acute Krankheiten* verzögern oder modificiren ihren Verlauf. 5. Impfung während *physiologischer Entwickelungszustände* des Körpers (Dentition, Pubertät) bewirkt nur die Entwickelung von loca-

len Vaccinen ohne allgemeine Reaction. 6. Hindernisse, die durch das *Operationsverfahren* selbst herbeigeführt worden sind: Zu grosse und tiefe oder zu wenige Schnitte, schlechte Instrumente, vertrocknete oder verschieden veränderte Lymphe. 7. *Mechanische oder anderweitige Störungen der* Entwickelung der Vaccina, bevor es zu dem eigentlichen zur Tilgung der Pockenanlage nothwendigen Reactionsfieber kömmt. — Nach der Beschaffenheit der Narben lässt sich die Schutzkraft der Vaccina nicht bestimmen, wohl aber nach der Entwicklung der Pusteln; ausser der üblichen Hautimpfung im Mai hält S. noch eine 2te im September für räthlich, wo alle theils wegen Kränklichkeit, theils wegen nicht angeschlagener Vaccination zurückgebliebenen Impflinge geimpft werden. — Der herrschenden Ansicht gemäss, zufolge welcher die Disposition für Blatterncontagium nach der Impfung *allmälig* wieder erwacht, schätzt Gregory (Gazette médicale N. 8) die zwischen Impfung und möglichem Blatternausbruche verlaufende Zeit auf 7—30 Jahre; die Mehrzahl der Erkrankungen an Blattern kam nach statistischen Erhebungen zwischen 20—24, weniger zwischen 15—19 Jahren vor. Die meisten Fälle kommen also nach der Pubertätsentwickelung vor, welche daher einige Modificationen in der Ansteckbarkeit mitzubringen scheint; am wenigsten werden vaccinirte Kinder unter 8 Jahren befallen. Ausser der Pubertät scheint noch Veränderung des Klima, Wechselfieber und gewisse epidemische Einflüsse die Disposition zu erneuern. — Als Mittel die absolute Schutzkraft der Impfung für alle Menschen zu erzielen und die Pockenseuche gänzlich zu vertilgen, bezeichnet Schenk (l. c.) 1. Die Revaccination, welche er schon im nächsten Jahre nach der Vaccination und die folgenden Jahre so lange zu wiederholen räth, als sich noch eine Pockenanlage zu erkennen gibt. 2. Ein für alle Völker gemeinsames Impfgesetz, wozu er einen Entwurf gibt. 3. Pünktliche Vollziehung gesetzlich verordneter Sperrmassregeln bei ausgebrochener Pockenseuche. — Die *gesetzliche Einführung der Revaccination* wurde im Verein der badischen Medicinalbeamten (A. St. 1) besprochen, indem die Schutzkraft der ersten Impfung nach den Thatsachen der 2 letzten Jahrzehende nur vorübergehend sei. Von den beispielweise angeführten Nachimpfungen hafteten die Kuhpocken beiläufig bei $^1/_3$ Individuen, welche neuerdings und zuverlässig geschützt blieben. Die Zeit der Nachimpfung wurde für das 13—14te Lebensjahr bestimmt, so lange die betreffenden Individuen noch unter einer gewissen Aufsicht stehen, wie dies bei der Schuljugend der Fall ist. Vaccination und Revaccination müssen gleichzeitig verbunden werden, um die gehörige Menge guten Impfstoffes vorräthig zu haben, von Arm zu Arm zu impfen und die Re-

vaccination unentgeltlich vornehmen zu können. — An die im letzten Hefte besprochene *Revaccination* der k. preussischen Armee reihte sich die Revaccination in der *hannover'schen, baden'schen und würtembergischen* an (Zg. Mil. 7. 8). Dieselbe haftete bei einem Drittel der Fälle; die Impfnarben der früheren Vaccination zeigten keinen Einfluss auf das Haften der Revaccine; Wiederholung der letzteren gelang nicht selten nach fehlgeschlagener ersteren; die Revaccinallymphe zeigte mit der Vaccinallymphe gleiche Brauchbarkeit; Vaccinirte und Geblatterte waren für Vaccine gleich empfänglich.

Die **Porrigo** *decalvans* stellt nach Cazenave (Annales des maladies de la peau et de la syphilis. Août. 1843) mehr oder weniger cirkelförmige Flecken der behaarten Kopfhaut dar, welche kahl glänzend und milchweiss sind, und ohne bestimmte Gränze sich in die gesunde Haut verlieren, die Haare gehen an den betreffenden Stellen ohne vorhergehende Hitze und ohne Jucken aus; die Krankheit sitzt meist hinter dem Ohre und an den Schläfen, dauert in der Regel mehrere Monate und heilt selten von selbst. Im Heilungsprocess nehmen die meisten Flecke allmälig ihre gesunde röthliche Farbe wieder an, bedecken sich mit zartem Flaum, der allmälig grau und dann von natürlichen, jedoch weniger dichten Haaren ersetzt wird. Diese Krankheit kommt in jedem Alter, am seltensten bei Kindern, am häufigsten zwischen dem 20—30ten Jahre, gewöhnlich bei Frauen vor; sie ist nie ansteckend, ziemlich leicht und wurde früher oft mit Alopecie in Folge von Favus verwechselt, bei der indess die verdünnte Haut nie entfärbt ist und eine wirkliche Narbe darstellt, auf der keine Haare wieder wachsen können. Die Behandlung muss darauf gerichtet sein, die kranken Stellen neu zu beleben. Verf. lässt gewöhnlich Abends eine Pomade aus *Rindsmark mit aetherischem Zusatz* einreiben und Morgens und Abends den Kopf mit Salzwasser waschen. — Als **Herpes** *tondens* beschreibt C. folgenden Ausschlag in einer Pariser Schulanstalt, der offenbar von einem einzigen Individuum eingeschleppt war. An verschiedenen Theilen der behaarten Kopfhaut, vorzüglich seitlich und hinten waren meist thalergrosse, runde, trockene, unebene, graulich gefärbte Flecken mit kleinen weissen Schuppen, welche in einzelnen Fällen die Haarwurzel zu umgeben schienen. Das Exanthem erregte kein Gefühl von Wärme, juckte auch in der Regel nicht; die Haare waren auf ihm viel kürzer, wie rasirt und in geringer Anzahl vorhanden, und es schien fast als wenn das Dünnerwerden derselben das erste Symptom der Krankheit wäre und erst dann sich kleine, immer grösser werdende, trockene Hautstellen bildeten. Vf. findet die meiste Ähnlichkeit mit Herpes circinnatus und besonders mit der Varietät squammosus, in welcher Ansicht ihn das gleichzeitige Vorkommen

herpetischen Flecke auf der Stirn, Gesicht und Hals und die Ansteckung von einem an Gesichtsherpes leidenden Knaben bestärkte. Contagiosität liess sich nicht verkennen, die Prognose ist immer gut, der Ausschlag wird stets geheilt, nur dauert er sehr lange. Mit glücklichem Erfolge wandte C. Pomaden mit *Kalomel, kohlensauerem Kali, Borax, rothem Präcipitat und Theer* an; die besten Dienste leistete ihm aber folgende Behandlung: Abends Einreibung einer Salbe aus 1 *Theil Tannin und* 30 *Fett;* Morgens *alkalische Waschungen aus Potasche, Borax* u. dgl. Einigemal der Woche ausserdem alkalische Bäder, in denen der Kranke auch den Kopf wäscht, oder statt ihrer seltener leichte Douchen von Wasserdämpfen; mit dieser äusseren Behandlung verband Vf. eine den Umständen angemessene innere, meist tonische. — Bei **Tinea capitis** empfiehlt Dr. Wigan (G. L. Sept. 1843) conc. *Essigsäure;* nachdem die Kopfhaare 2mal sorgfältig entfernt sind, wird die Säure mit 3 Theilen Wasser verdünnt angewendet, wodurch jene inficirte Stellen, auf denen eine Eruption bevorsteht, sich röthen; diese werden nun mittelst eines feinen Schwammes mit der *concentr. Säure* durchdringend benetzt.

Den **Lichen** *agrius* unterscheidet Devergie (G. H. 1) vom *L. simplex* durch die bedeutendere Grösse der Papeln, heftiges Jucken und grössere Hartnäckigkeit; derselbe kann auch in seltenen Fällen die Form eines Längenstreifens haben, Bietts *L. gyratus.* D. zieht den Namen *L. perpendicularis* vor. Bei einem 37jährigen Goldarbeiter sah D. diese Form in der Breite eines halben Zolles entlang der ganzen unteren Extremität; nach 9monatlicher Dauer und verschiedenartiger fruchtloser Behandlung wurden Dampfbäder, eine Salbe aus *Mercurprotojoduret* und innerlich *Kantharidentinctur* mit Erfolg angewendet; besonders letztere empfiehlt D. nebst Dampfbädern und widerlegt die Furcht vor der Einwirkung auf die Geschlechtsorgane.

Die Schuppen einer **Ichthyosis** untersuchte Simon (B. Chem. Bd. 1. p. 285); im Wasser erweicht zeigten sich dieselben unter dem Mikroskop aus zusammengepressten Epithelialschuppen bestehend. Ein Querdurchschnitt bot einen ähnlichen Anblick wie ein Querdurchschnitt getrockneter Oberhaut der Fusssohlen; die parallelen Schichtenlagen der Epithelien bildeten Zickzacklinien mit scharfen Winkeln, waren aber dunkler gefärbt und leichter trennbar als die getrocknete Oberhaut. Ein Flächendurchschnitt zeigte Andeutungen von Porenöffnungen. An einigen Stellen war schwarzes Pigment in kleinen dunklen Körnern abgelagert; beim Verbrennen hinterliessen die Schuppen eine ziemlich bedeutende Menge von durch Eisenoxyd stark gelb gefärbter Asche, in der kohlensauerer und phosphorsauerer Kalk nebst Eisenoxyd vorwalteten. Die verdickte Oberhaut gewöhnlicher Schwielen der Hände und Füsse

hinterliess eine fast vollständig weisse Asche, in der nur Spuren von Eisenoxyd enthalten waren.

Lupus wurde auf der Abtheilung Škoda's nach dem Berichte des Dr. Hebra (Jb. Ö. Dec. 1843) 10mal behandelt. Die Arten *exfoliativus, exulcerativus* und *hypertrophicus* zeigten sich im Auftreten und Verlaufe nicht getrennt, wie man gewöhnlich anführt, sondern gleichzeitig an verschiedenen Stellen und in einander übergehend. Den Anfang bilden einzelne getrennt stehende Infiltrationen; diese vermehren und vergrössern sich, die Epidermis stirbt ab und exfoliirt sich *(L. exfoliativus)*; die Infiltrationen verhärten *(L. hypertrophicus)* oder zerfliessen eitrig, bilden Pusteln, Krusten und darunter Exulcerationen *(L. exulcerativus)*; die Gruppirung der erwähnten Exulcerationen ist verschieden; in manchen Fällen entstehen sie nahe an einander und machen den behafteten Theil unförmlich geschwollen *(L. tumidus Fuchs)*; in anderen Fällen reihen sie sich in krummen Linien, Windungen, Kreisabschnitten und Kreisen an *(L. serpiginosus, Esthiomenos ambulans,* vermeintlich *Lepra)*. Die bedingenden Krankheiten bleiben, wenn wir nicht zur syphilitischen oder scrofulösen Diathese Zuflucht nehmen wollen, unentdeckt, und wenn auch in einem Falle Syphilis, in mehreren anderen ausgesprochene Scrofulose zugegen war, so konnte doch mit allen gegen diese Kachexien gerichteten Medicamenten nichts ausgerichtet, sondern es musste zu Ätzmitteln geschritten werden. Ausgezeichnete Dienste leisteten concentrirte Säuren, die mittelst eines Asbestpinsels auf die erkrankten Theile wiederholt aufgetragen und so lange fortgesetzt wurden, bis alle knotigen Erhabenheiten und Infiltrationen zerstört waren und statt derselben eine gesunde narbenfreie Hautfläche zum Vorschein kam.

Melasma, schwarze Pigmentirung der Haut, kam auf derselben Abtheilung theils allgemein, theils partiell bei 3 Individuen vor. Immer war diese Färbung der Haut durch gänzliche Vernachlässigung der Reinlichkeit und äusserst unzweckmässigen Lebenswandel hervorgerufen. Bei einer Weibsperson, die weder Wohnung noch Obdach hatte und mehrere Monate hindurch im Ausfluss eines Canals sich aufhielt, war sie am ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichtes und der Hände entwikkelt; partiell kam die Krankheit am Rücken bei Fussreisenden und bei Leuten der arbeitenden Klasse vor. Bei gehöriger Reinlichkeit erbleichte dieselbe nach mehrwöchentlichem Aufenthalte im Krankenhause; bei dem allgemeinen Melasma verschwand nach Einreibungen einer Chlorkalksalbe binnen einigen Monaten die schwarze Hautfärbung gänzlich.

In mehreren Fällen von **Elephantiasis** *Arabum* sah Cazenave (J. de méd. et de chir. prat. 1843. Nov.) vollkommene Heilung durch folgendes Verfahren. 1) Von einem aus 1 Th. Cort. Mezerei, 60 Th. Lign.

Guajaci rasp. und 1250 Th. Wasser bereiteten, durch Einkochen auf $^1/_3$ der Flüssigkeit reducirten Decoct werden täglich 4 Gläser genommen. 2) Jeden 2ten Tag wird eine Dampfdouche angewendet und Jodkalisalbe in die ganze afficirte Extremität eingerieben. 3) In der Zwischenzeit ist eine fortwährende Compression der ganzen Extremität mittelst einer Rollbinde auszuüben; dabei 4) gute Nahrung mit Wein, absolute Ruhe im Bette. — Einen auf diese Art behandelten Fall beschreibt C. (Annales des maladies de la peau et de la syphilis. Aout 1843) bei einem 43jährigen Weibe. Seit 7 Jahren schwoll, angeblich nach einer Erkältung, die rechte untere Extremität immer mehr an. Im December 1840 wurde dieselbe nach und nach von einem wandernden Erysipel befallen, dem eine reichliche Abschuppung folgte. Im Februar 1841 wiederholte sich dies und nahm denselben Gang. Eine vergleichende Messung zeigte folgende Verschiedenheiten der rechten und linken Extremität: Mitte des Schenkels 0,595 und 0,460; am Knie 0,460 und 0,350; unter dem Knie 0,400 und 0,290; um die Knöchel 0,350 und 0,230. Das Ansehen rechtfertigte durchaus den Namen Elephantenbein. Unter der Hypertrophie der blassen Haut und des subcutanen Zellgewebes waren alle Hervorragungen verschwunden. Die Patientin hatte keinen Schmerz, vielmehr war die Sensibilität bedeutend vermindert und sie klagte über ein Gefühl von Kälte; das Allgemeinbefinden war gut. Bei der oben angeführten Behandlung zeigte sich schon am 24. Aug. sehr auffallende Besserung und am 27. Nov. der Zustand so, dass man die Patientin mit der Weisung entlassen konnte, die Arznei fortzubrauchen, das Glied noch einzuwickeln und einen Schnürstrumpf und Stiefel zu tragen. Die Resultate der Messungen waren jetzt rechts und links: Mitte des Schenkels 0,460 und 0,455; am Knie 0,360 und 0,345; unter dem Knie 0,360 und 0,285; um die Knöchel 0,250 und 0,250.

Bei **Purpura** wandte Whitewell (Lancet. 1843. Nr. 20) in 3 Fällen Kreosot innerlich, in einem Falle wegen blutigen Belegs der Zunge und des Mundes auch äusserlich als Gurgelwasser an; ein halber Tropfen wurde mit Alkohol in einer schleimichten Mixtur alle 6 Stunden gegeben; in allen 3 Fällen folgte Heilung in einigen Tagen.

Ein *phosphorisches Leuchten* der Haut berichtet Collier (G. 8) von einem 43jährigen kräftigen Mann, der einige Zeit an Psoriasis palmaris litt und die Gewohnheit hatte viel sehr fette Speisen, jedoch wenig geistige Getränke zu geniessen. Er beobachtete dasselbe zuerst des Nachts an seinem Hemde, nachdem er dasselbe auf einen Sessel ausgebreitet hatte. War das Leuchten verschwunden, so kehrte es durch Reiben des Hemdes wieder zurück. Die Erscheinung dauerte durch mehrere Tage und kehrte nach demselben Speiseexcesse zurück. *Dr. Kraft.*

Syphilis.

Um zu zeigen, was für ein trügerisches, unvollkommenes und unnützes Mittel die zum Beweise der nicht syphilitischen Natur des (uncomplicirten) Trippers angestellte **Impfung** sei, beruft sich Cazenave (Ann. des malad. de la peau. Sept.) auf die Impfversuche Hunter's, Hernandez, Castelnau's und selbst Ricord's, durch welche nach Trippergift in einzelnen Fällen wirkliche Schanker oder bösartige Geschwüre entstanden, die man nicht alle auf die so seltenen Urethralgeschwüre beziehen kann; übrigens hebt er hervor, dass die Schwierigkeit versteckte Schanker zu erkennen, beim weiblichen Geschlechte wegfalle und dass Castelnau gerade nach der Impfung von einem weiblichen Individuum, bei dem die genaueste Untersuchung keine Spur eines Schankergeschwüres nachwies, einen offenbaren Schanker erzielt habe. Auch seien von den 55 Fällen nicht geglückter Inoculation, die Ricord (Traité prat.) angeführt, fast alle mit Absonderung chronischer oder ganz veralteter Tripper geschehen (die mittlere Dauer auf einen Monat gesetzt), so dass also durch die Zeit und die angewendeten Mittel die giftige Natur verändert sein konnte. Beim Schanker fand man, dass nicht jeder Stoff bei der Impfung haftete, und nahm deshalb, freilich ohne nähere Bestimmung, eine zur Impfung geeignete und eine nicht geeignete Periode desselben an; warum thut man dasselbe nicht bei der Blennorrhoee? Die scheinbar ausserordentliche Menge der Ricord'schen Thatsachen schwindet diesen Verhältnissen und den widersprechenden Erfahrungen Anderer gegenüber: wären übrigens auch die letzteren nicht, so ist die missglückte Impfung doch nicht entscheidend; vergeblich sind die Impfversuche mit Materie von Schleimtuberkeln, die doch eine primitive, oft alleinige Erscheinung syphilitischer Infection sind und als venerisch angesehen werden. — Aus gleichem Grunde erklärt auch Gibert (Revue médicale. Sept. 1843) die Inoculation für werthlos und irrig, die Gegenwart eines Schankers in der Harnröhre, welche Ricord im Falle der Entwickelung secundärer Lustseuche oder Hartnäckigkeit des Tripperausflusses annimmt, für unerwiesen, bei Leichenöffnungen äusserst selten, nachdem doch Syphiliden nach Tripper verhältnissmässig häufig vorkommen. — Als Beleg für die *Identität des Tripper- und Lustseuchecontagiums* führt Stern (M. Bd. 62. H. 1) 2 Fälle an; im ersten Falle soll überdies der virulente Tripper die Folge des zu häufig ausgeübten Beischlafes bei einem neu vermählten 24jährigen Kaufmanne gewesen sein; nach dessen Heilung folgte bald ein 2ter heftigerer aus gleicher Ursache; 3 Monate später folgten secundäre Erscheinungen: Angina, Kondylome, Syphiloide, Knochenschmerzen und Tophen; 9 Jahre nach der Heilung dersel-

ben entstand abermals ein Tophus am Schlüsselbein, der durch Jodkali geheilt wurde. Im 2ten Fall bekam ein 36jähriger Mann, der schon 2mal an Tripper gelitten hatte, von einer öffentlichen, mit Schanker behafteten Dirne abermals Tripper. Nach 3 Monaten folgte Angina, später Corona syph. und Kondylome am Anus. Vf. glaubt, dass Syphilis sich auch spontan ohne eigentliche Ansteckung — durch Ausschweifungen, Unreinlichkeit, Lochien, Menstruen, weissen Fluss, vorwaltende Dyskrasie — erzeugen könne, wofür ihm auch die bei Hunden, Pferden, Hasen u. s. w. vorkommende Syphilis zu sprechen scheint; von einem Übergange derselben von Hunden auf Menschen erzählt er 2 Fälle.

Eine **ererbte** *Syphilis* sah Thierfelder (Jb. Bd. 41. H. 1) bei einem 16jährigen, wenig entwickelten Mädchen, deren Vater bis zu seinem Tode an syph. Caries gelitten hatte, unter der Form eines Geschwüres am harten Gaumen und einer schmerzlichen Auftreibung der Ulna. Die Heilung gelang durch Hunger- und Schmiercur. Vf. glaubt, dass die vom Vater ererbte Syphilis nur der secundären Lustseuche desselben zur Zeit der Zeugung, auch wenn sich jene durch keine augenfälligen Symptome verrathen sollte, ihre Entstehung verdanke und erst in der Periode der durch sie gehemmten Geschlechtsentwickelung auszubrechen pflege. — **Larvirte** *Syphilis* sah derselbe nach früheren Schankern bei einem 37jährigen Manne in Form von *Brustkrämpfen* nebst reissenden Schmerzen, ferner bei einem 41jährigen Beamten als *Melancholie*, welche ebenfalls nach herumziehenden Schmerzen, Schwindel und Kopfschmerz sich entwickelte; beide wurden durch die Schmiercur geheilt.

Die Zeichen eines *unter der Aponeurose befindlichen* **Inguinalbubo** sind nach Desruelles (XX) lebhafter tiefer Schmerz im Mittelpunkt der Geschwulst, welcher durch das blosse Anlegen des Fingers vermehrt und durch Druck unerträglich wird; der Tumor ist anfangs flach, die ihn deckende Haut hat die Farbe nicht verändert; später wird er in seiner Mitte rund und die Haut an dieser Stelle hellrosenroth; der Schmerz mindert sich alsdann, die Geschwulst wird erhaben und fluctuirt allmälig. — Der *über der Aponeurose liegende* ist von Anbeginn rund, grösser, breiter, weniger schmerzhaft und die Haut gleich roth. Der erstere zertheilt sich selten, ausser wenn die Entzündung gleich anfangs durch wiederholte Blutentziehungen, erweichende Fomentationen und Bäder gehemmt wird. Haben die ersteren Blutentziehungen nichts gefruchtet, den Schmerz nicht gemildert, so steht man von der Antiphlogose ab; der Eiterherd ist in diesem Falle schon gebildet und wird mit dem Messer oder, wenn seine Ausdehnung bedeutend ist, mit Ätzkali eröffnet. Im Geschwürsgrunde vorhandene Drüsenverhärtungen sucht

man durch unmittelbar angelegte Blutegel zu zertheilen oder schneidet dieselben stückweise ab und comprimirt leicht.

Selbst frisch zur Behandlung gekommene Formen von **secundärer Syphilis** kommen, wie Giegl (Jb. Ö. 12) in Seeburger's Abtheilung für syphilitische Weiber bemerkt, selten einzeln, sondern mit anderen verbunden vor; so traten zu secundären exulcerirten Kondylomen gewöhnliche Hautausschläge oder Veränderungen der Mundschleimhaut oder Ausfallen der Haare hinzu. In Betreff der *Aetiologie* kam secundäre Syphilis besonders nach Ansteckung im vorgerückten Alter, bei scrofulöser oder schwächlicher Constitution und melancholischem Temperamente vor; leichtsinnige, von den Behörden eingelieferte Dirnen zeigten nur selten consecutive Formen. Als vorhergehende Ursache wurden Verkühlung, Indigestion, Temperaturwechsel, Anstrengung und schlechte Nahrungsweise bezeichnet; in der Anstalt entwickelte Hautausschläge kamen fast immer nach einem Bade zum Vorschein. Wiederholt zeigte sich, dass jene Organe, welche früher schon häufig an nicht syphilitischen Krankheitszuständen, z. B. Angina, Coryza, Gicht und Exanthemen gelitten hatten, vorzugsweise Sitz der syphilitischen consecutiven Affectionen wurden. — Die *Hautausschläge*, die zahlreichste und mildeste Form secundärer Syphilis, erschienen am häufigsten in Gesellschaft schwärender Kondylome. In einzelnen Fällen zeigten sich einzelne, zerstreut liegende, dunkelbraune, missfärbige, unregelmässige Flecke, die beim Fingerdrucke nur unvollständig verschwanden, gewöhnlich zuerst in der Nähe der Genitalien. Je näher sie dem Sitz der Kondylome standen, desto mehr erhoben sie sich zu diesen. Langsamer entwickelten sich Hautausschläge, welche ohne Begleitung von Kondylomen in Folge früherer Schanker auftraten und waren hartnäckiger; die häufigste Form war die tuberculöse, dann die schuppige und papulöse, sehr selten die pustulöse. Syphilitische Roseola kam bei einigen Kranken für sich allein vor; die Farbe derselben war blass, kupferroth, die Form masernähnlich und trat am deutlichsten nach dem Bade oder bei schief auffallendem Lichte hervor. — Die den Syphiliden gewöhnlichen anderen consecutiven Erscheinungen fand Gibert (Revue médicale 1843. Sept.) unter 117 Fällen 90mal; in den übrigen 27 Fällen entschieden die charakteristischen Zeichen der Syphiliden die Diagnose. Besonders häufig beobachtete er *Syphiliden ohne Begleitung* consecutiv. Zufälle bei Kindern, bei denen sie am gewöhnlichsten in der Umgebung des Afters und der Genitalien sitzen. Als vorzüglichste Behandlung der Syphiliden rühmt G., auf mehr als 200 eigene Beobachtungen und historische Studien gestützt, die mercurielle; gewöhnlich wendet er innerlich das Protojoduret und in der letzten Zeit das Deuterojoduret des Mercur, äusserlich nebst

einfachen alkalischen oder Schwefelbädern eine Salbe von Protojoduret. merc. oder weissem Präcipitat an. Unter 100 Fällen erfolgte die Heilung 44mal in 1 Monat, 28mal in 6 Wochen, 18mal in 2 Monaten, 10mal in 3 Monaten; am schnellsten heilten die tuberculösen, exanthematischen und squammösen Formen, am widerspänstigsten fand er die pustulösen, papulösen und bullösen. — Eine consecutive Syphilis in Form *serpiginöser Geschwüre* heilte Robert (G. H. 5) in kurzer Zeit mit *Protojoduret. mercurii*, nachdem früher Jodkali fruchtlos angewendet worden war. R. erklärt die Wirkung beider Mittel für analog; doch müssen, da manchmal eines oder das andere fehlschlägt, in solchen Fällen beide nach einander versucht werden. Den (Vj. Prag. 2.) nach Lorinser beschriebenen syphilitischen Geschwüren der unteren Extremitäten ähnliche Oberarmgeschwüre beobachtete Keller (Jb. Ö. 1) bei einem 23jährigen Studirenden, der nie vorher an primärer Syphilis gelitten haben will, vor dem Ausbruch der Geschwüre aber gekränkelt hatte. Die Geschwüre nahmen sichelförmig die ganze untere Hälfte des Oberarmes ein und vernarbten bei äusserer und innerer Anwendung des Jodkali innerhalb 5 Wochen.

Den **Tripper** unterscheidet Gibert (Revue méd. Sept. 1843) in einen ansteckenden *venerischen* und *katarrhalischen*, und bezeichnet als vorzüglichsten *Sitz* des ersteren beim Manne und Weibe die Harnröhre. G. hat bei 216 Weibern in den ersten Wochen der Krankheit diese puriforme Absonderung der Harnröhre beobachtet und hält dieselbe für ein Unterscheidungsmerkmal von einfacher Leucorrhoee. Gleichzeitig mit ihr entdeckte G. mit dem Speculum stets Ausfluss aus dem Muttermunde nebst Erosionen oder granulösen Ulcerationen, manchmal waren auch Syphiliden zugegen. — Zu den *aetiologischen Momenten des Trippers* rechnet Ricord (aZg. 6) auch die relative Disproportion der Genitalien oder Übertreibung des Geschlechtsgenusses bei gesunden Individuen, verschiedene Constitutionsverhältnisse, wie die katarrhalische, rheumatische gichtische, haemorrhoidale, scrofulöse, exanthematische, herpetische, so auch gewisse Nahrungsmittel, wie Spargel und alkoholische Getränke, gewisse Medicamente, wie Kanthariden und Jodpräparate; am häufigsten jedoch liegen ihm als veranlassende Ursache die gutartigen Uterinalkatarrhe, die auch Gibert (l. c.) für ansteckend erklärt, die sogenannten weissen Flüsse der Frauen und die Menstrualsecretion zu Grunde. Endlich ist einmal da gewesener Tripper ein mächtig disponirendes Moment für einen folgenden; dagegen waltet auch eine gewisse Akklimatisirung ob, zu Folge welcher der erste Coitus mit einer Frau einen Tripper erzeugt, die späteren nicht mehr; der Tripperschleim kann in einer anderen Schleimhaut bei gegebener Disposition ebenfalls eine eiterförmige Schleimabsonderung hervorrufen, so lange das eiterige Element noch

überwiegend ist; ein nur in sehr geringem Masse bestehender chronischer Nachtripper besitzt nicht mehr die ansteckende Kraft des eiterförmigen Schleims. Den Rheumatismus gonorrhoicus erklärt R. dadurch, dass die Gonorrhoee bei rheumatisch disponirten Individuen das anregende Moment zum Rheumatismns werden könne, wie überhaupt jede Krankheit bei einer gegebenen Disposition eine derselben entsprechende zweite leicht zu erwecken vermag. Die *Orchitis blennorrhagica* hat nach Reynaud (G. H. 14) selten eine metastatische Ursache. Ein Einfluss der Hodenentzündung auf die Blennorrhagie lässt sich jedoch nicht bestreiten. In 100 Fällen hörte 22mal der Ausfluss gänzlich auf, 42mal nahm er blos ab, 36mal zeigte er keine Veränderung; nach dem Aufhören der Orchitis kehrte der Tripper in 77 Fällen wieder zurück. Die Behandlung beginnt R. mit Blutegeln entlang dem Samenstrange, warmen Umschlägen, Bädern und Ruhe und geht später, wenn die Orchitis stationär und unschmerzhaft geworden ist, zu Einreibungen von einer Salbe von *Jodkali, Mercurprotojoduret oder Mercursalbe* über. Rückbleibende Verhärtungen werden mit Pillen von *Mercurprotojoduret* oder *Kalomel mit Schierlingsextract* gehoben.

Zur **Therapie.** Eine besondere Aufmerksamkeit widmet Dugniolle (E. 10. p. 162 — ebenfalls ein Bekämpfer des amerikanischen Ursprungs der Krankheit) der *Prophylaxe;* die einschlagenden Mittel unterscheidet er in: 1) *schützende*, welche die Einwirkung des specifischen Giftes auf die Genitalien verhindern, Öle, Fette und Seifen, Condoms; 2) *reinigende*, deren Zweck Entfernung des Ansteckungsstoffes ist: Waschungen mit Wasser, Urin, Wein, Essig, Citronensaft; 3) *neutralisirende,* welche den Ansteckungsstoff zerstören; ihre Zahl ist als Gegenstand der Speculation gross; hierher gehören vorzüglich die Mercurialien, Kalilauge, Kalkwasser, Ammoniak, Chlorverbindungen und verschiedene zusammengesetzte Mittel, worunter die Pfeiferische Mischung (Vj. Prag. 1. p. 120). Die Anwendung der letzteren fand D. in 2 Impfversuchen ohne Erfolg, und bezweifelt auch die Wirkung der übrigen Schutzmittel. Er setzte daher Ricord's Impfversuche mit Schankereiter, die so oft misslangen, als dieser vor oder im Moment der Impfung mit Alkali oder Säure gemischt war, fort und fand, dass selbst $^1/_2$ Stunde nach der Impfung mittelst einer Lancette der Impfstoff durch eine leichte Lösung kaustischer Soda unschädlich gemacht werden kann. Seine Lösung war: 1 Th. Sodalauge von 35° Beaumès auf 19 Th. destill. Wassers; oder kohlensauere Soda und Ätzkalk aa. 1 Thl., Regenwasser 20 Thle.; die der Ansteckung ausgesetzten Theile werden mit der frisch bereiteten Mischung mittelst Charpie gewaschen. — Als Vorbauungsmittel gegen syphilitische Krankheiten, wie überhaupt gegen alle Contagien, lobt

Prater (The Lancet. 7. Juni. 1843) den Chlorkalk und das Chlornatron, deren Wirksamkeit zum Theil davon herrührt, dass sie nach Thenard einige Zeit lang in den Hautporen zurückbleiben, selbst wenn die Haut abgewaschen wird.

Bei einem ausgebreiteten *Schanker der Eichel* gab Zwieřina (W. Ö. 5) das *Murias Zinci* (innerlich $^1/_4$ Gr. auf 4 Uncen Wasser, alle 3 Stunden 1 Esslöffel und zum äusseren Gebrauche 1 Gr. auf 2 Uncen Wasser); ebenso heilte er einen Tripper durch tägliche Einspritzungen von $^1/_2$ Gr. auf 6 Uncen Wasser. — Das Jodkali und Jodeisen findet Behrend (XX) vorzüglich indicirt bei secundären syphilitischen Affectionen mit Neigung zu excoriirender, in die Breite und Tiefe fressender Ulceration; den Mercur aber, der dabei nachtheilig ist, zieht er dem Jodkali vor bei allen secundären Formen mit Neigung zu Ablagerungen, Wucherungen oder mit pseudoplastischer Tendenz; die Mitte halte das Jodquecksilber. Beim Knotenexantheme räth Dietrich eine Jodkalisalbe, bei hartnäckigen Exanthemen die Theersalbe an.

Als *Heilwirkungen des Jodkali* werden in einem Berichte der Klinik von Montpellier (La clinique de M. 15. Nov. 1843) folgende Fälle erzählt: 1) Eine *syphilitische Amaurose* entwickelte sich bei einem 36jährigen Instrumentenmacher nach 2maligen Schankern und Knochenschmerzen zugleich mit Erscheinungen einer Iritis. Die Krankheit wurde als eine chronische durch Congestionen erzeugte Amaurose ohne Erfolg behandelt. Nachdem der Zustand als syphilitisch anerkannt wurde, wurden Mercurialeinreibungen, die schon bei einer früheren Anwendung eine namhafte Besserung erzielt hatten, wiederholt, auch innerlich *Mercur, Diaphoretica, Dampfbäder,* endlich Jodkali gegeben, wornach beide Augen ihre frühere Sehkraft erlangten. 2) Ein 24jähriger Mechaniker bekam zum 2ten Mal Schanker an der Eichel; nachdem diese durch einen Monat mit der Swietenischen Lösung behandelt worden waren, wurde er plötzlich von einem heftigen *Krampfe des Schlundes* und der Glottis ergriffen, der durch eine Minute anhielt und öfters wiederkehrte, aber aufhörte, wenn Patient kaltes Wasser in den Mund nahm und es in den Schlund tröpfelte. *Jodkali* bewirkte schnelle Heilung der Krampfzufälle und Schanker. 3) *Syphilis mit Abortus.* Eine 25jährige Frau hatte seit 6 Jahren 3mal im 3., 6., 7. Monat abortirt und hatte Leucorrhoee mit Excoriationen, wogegen Antiphlogistica, beruhigende Einspritzungen und Mercur einigen Nutzen schafften; der Mann litt seit 11 Jahren an der Goutte militaire und hatte einen Schanker gehabt. Völlige Heilung erfolgte bei beiden Kranken nach einer regelmässigen Jodkalicur, worauf die Frau ein gesundes Kind zur Welt brachte. — Nach einem Schreiben Feldmann's aus Paris (aZg. 6) ist Ricord zu dem Resultate gelangt, dass

in einer gewissen Reihe syphilitischer Zufälle das *Quecksilber* immer noch das wirksamste aller Medicamente sei, zu welchem auch die übrigen Ärzte von Paris und selbst die eifrigsten Anhänger der physiologischen Schule oft ihre Zuflucht nehmen. — Bei 6 *Trippern* wandte Bärrallier (Bulletin de Thérapeutique. Juin 1843) die Aloë an; 2mal wurde derselbe ganz beseitigt, die übrigen gebessert; gegen entzündlichen Tripper zeigt sie wenig oder keinen Erfolg. — Bei *Phimosis und Paraphimosis* empfiehlt Dr. Mignot (l'Expérience. — W. Ö. 9) die Anwendung der *Belladonna* in Salbenform; 12 gr. Belladonnaextract mit 30 Gramm. einfachen Cerat werden stündlich in die Vorhaut eingerieben, worauf bald die relaxirende Wirkung der Belladonna eintritt und in vielen Fällen die schon beabsichtigte Operation entbehrlich wird; bei heftiger Entzündung und grossen Schmerzen lässt Verfasser der Salbe etwas *Opium und Quittenschleim* beimengen. *Dr. Kraft.*

Krankheiten der Harnwerkzeuge und der männlichen Geschlechtsorgane.

Die Bildung der **Harnsäure** *und des Harnstoffes* leitet Pleninger (Jb. Ö. 1843. 12. p. 257) von der Entkohlung des Proteins der Blutkügelchen ab, weshalb sich die normale Menge beider Stoffe nur dann erhalten kann, wenn eine ziemlich constante Menge von Proteinverbindungen in den Körper gebracht wird, die Zersetzung der Blutkügelchen die Norm nicht überschreitet und zugleich die Quantität des eingeführten Oxygens hinreicht, das Protein zu entkohlen. Jedoch haben die im Blute enthaltenen Salze und Alkalien auf die Bildung beider Stoffe einen grossen Einfluss, indem sie eines Theils das Fibrin und Albumin gelöst erhalten und somit deren Zersetzung erleichtern, anderen Theils die Einwirkung des im Blute befindlichen freien Oxygens auf die Blutkörperchen befördern und so Entschwefelung des Albumins und Bildung der schwefelsaueren Salze, der Milch-, Kohlen- und Oxalsäure bewirken. Einen ähnlichen Einfluss übt die durch was immer für Ursachen im Blute zurückgehaltene Galle aus, welche als eine sehr oxydirbare Substanz sich des im Blute befindlichen Oxygens bemächtiget, wo dann die Proteinverbindungen sich nicht entkohlen können und daher in Harnsäure statt in Harnstoff überzugehen genöthiget sind, wie es z. B. aus den, meist aus Harnsäure bestehenden Depositionen in der Arthritis chronica ersichtlich ist. Eben so wirken desoxydirende Getränke, z. B. Alkohol, Wein, so wie jene Krankheiten, in welchen die Oxygenszuführung und die nöthige Entkohlung gehemmt wird, wie z. B. im Typhus, Lungen-

emphysem, Phthisis und bei Herzfehlern; — der Harn enthält nämlich da stets eine grössere Menge Harnsäure und weniger Harnstoff als im normalen Zustande. — Nach Versuchen von Lehmann (B. Chem. Bd. 1. p. 190) scheint jedoch die *Bildung der Harnsäure und Milchsäure* von den Nahrungsmitteln unabhängig zu sein, indem sowohl bei animalischer als vegetabilischer Kost beide in gleicher Menge sich im Harne auffinden lassen sollen. Das *Verhältniss des* **specifischen Gewichtes** *des Harns zu seinen festen Bestandtheilen* ist nach Simon (B. Chem. Bd. 1. p. 343) in Krankheiten stets ein ganz anderes, als wie im normalen Zustande. In entzündlichen Krankheiten überschreitet dieses Verhältniss stets und oft sehr bedeutend das normale; jedoch haben Blutentziehungen, die Art der Ernährung, die Heftigkeit der Entzündung, so wie der Arzneigebrauch hier grossen Einfluss. In Krankheiten dagegen, wo das Blut faserstoffarm ist und das Fieber mehr den Charakter des Torpors trägt, ist das Verhältniss der festen Theile zum specifischen Gewichte ein viel geringeres, wenn gleich die dunkle Färbung und die oft stark sauere Reaction auf einen bedeutenden Gehalt an festen Bestandtheilen schliessen lassen sollten. Dasselbe gilt vom Harn bei Hydropsien, insbesondere bei Albuminurie, wo Simon stets einen sehr geringen Rückstand im Verhältniss zum specifischen Gewichte des Harnes beobachtete.

Die **Albuminurie** hält Mayer (Vj. 1. p. 116) auch von solchen Krankheitszuständen abhängig, welche durch Störung der mechanischen Verhältnisse des Kreislaufes eine Hyperaemie der Nieren veranlassen, ohne dass also die Nieren nothwendig an dem Krankkeitsprocesse Antheil nehmen müssen. Jede Stase nämlich, mag sie nun durch Hemmung des Venenblutflusses oder durch Vermehrung des arteriellen Zuflusses entstanden sein, vermehrt nicht nur die dem Organe eigenthümliche Secretion, sondern hat auch Austritt von Blut, namentlich aber von Eiweiss, zur Folge. In fünf von Mayer an Kaninchen angestellten Versuchen, wo die Stase in den Nierengefässen theils durch Unterbindung der Nierenvenen und Vena cava inferior, theils durch Verengerung des Lumens oder völlige Unterbindung der Aorta abdominalis unterhalb des Abganges der Nierenarterien eingeleitet wurde, enthielt der Harn stets Blut und Eiweiss, ja der Eiweissgehalt stand im geraden Verhältnisse mit der Verengerung der Gefässe und erreichte bei völliger Verschliessung derselben den höchsten Grad.

Bei einem an **Diabetes mellitus** Erkrankten, dessen Harn und Excremente Simon (B. Chem. Bd. 1. p. 418) untersuchte, fand derselbe den Harn stets normal, gefärbt, stark sauer reagirend und nie die Quantität des genossenen Getränkes übersteigend. Die Salze

waren im Überschusse vorhanden, dagegen zeigten sich die Harnsäure und der Harnstoff beim Beginn der Behandlung sehr vermindert, gegen das Ende derselben erreichten jedoch beide ihre fast normale Menge. Der Zuckergehalt sank allmälig bis auf den 3ten Theil. blieb aber viel zu ansehnlich, als dass man radicale Heilung hätte erwarten können. Das Harnsediment bestand meist aus Schleim und harnsauerem Ammoniak, zweimal jedoch und zwar während der animalischen Diät zeigten sich in demselben auch Krystalle von Harnsäure. Der Speichel reagirte stets sauer, enthielt aber keinen Zucker, von dem sich jedoch im Schweisse einige Spuren nachweisen liessen. Die Excremente waren so wenig gefärbt wie bei Icterischen, zeigten keinen Zuckergehalt, enthielten aber eine ausserordentliche Menge Fett (das sich aber schon durch seine Consistenz von dem genossenen Leberthran unterschied) und wenig Galle. Der grösste Theil derselben war im Wasser und Alkohol unlöslich und gab, mit Kali causticum geglüht, eine grosse Menge Ammoniak. *Um den Zuckergehalt des Harnes im Diabetes mellitus leicht und schnell nachzuweisen*, gibt Reich (ibid. p. 545) den Rath, 4 Tropfen Salzsäure mit 10 Tropfen Harn gemischt auf einen Topf voll siedenden Wassers zu stellen, wo sich alsobald die Reaction durch das Schwarzwerden der Mischung zeigen soll. Nebst dem Zucker will übrigens R. auch noch kleine Mengen von Hippursäure in einem solchen Harne nachgewiesen haben.

Einen **Blasenstein** *aus harniger Säure* (Xanthic Oxyde Marcet's) fand Dulk (B. Chem. Bd. 1. p. 413) bei einem 8jährigen Knaben. Dieser Stein hatte die Grösse einer Kaffeebohne und bestand aus einer dünnen Rinde Harnsäure, unter welcher sich eine hellbraune, glatte, homogene Masse befand, die sich in Ätzkali leicht auflöste. Wurde nun durch die geklärte Lösung Kohlensäure geleitet, so bildete sich alsogleich ein weisser Niederschlag, welcher, im Wasser und Alkohol unlöslich, alle Eigenschaften der harnigen Säure nachwies. Die Ursache, warum dergleichen Steine nur im kindlichen Alter gefunden werden, sucht D. darin, dass im Harne der Kinder die Harnsäure im Anfange fast gänzlich fehlt und nur nach und nach hervortritt, der kindliche Organismus also gleichsam nicht befähiget ist, Harnsäure, sondern nur eine niedere Oxydationsstufe derselben, die harnige Säure zu bilden, die kaum gebildet, als im Wasser unlöslich, sich alsogleich ausscheiden muss. Als *neues Auflösungsmittel des Blasensteines* empfiehlt A. Ure (Provincial Medical Journal. — N. Bd. 29. n. 10) das *Lithiacarbonat*, dessen Kraft doppelt so stark sein soll als die Carbonate des Kali und Natrons. Ein Gran desselben löst sich in 100 Gran Wasser bei 60° F. mit grosser Leichtigkeit auf, und

hat eine grosse Affinität zur Harnsäure, mit welcher es ein lösliches Salz bildet. Ein aus Harnsäure und oxalsauerem Kalk bestehender Stein verlor in einer Lösung von 2 Decigrammen Lithiacarbonat in einer Unce Wasser binnen 5 Stunden 5 Grammen, erschien an vielen Stellen erodirt und zeigte zwischen den Schichten des oxalsaueren Kalks tiefe Furchen. Die Flüssigkeit war gelblich geworden und liess durch Salzsäure 3 Gran reiner Harnsäure zu Boden fallen. Ein halber Gran harnsaueres Natron (der Hauptbestandtheil gichtischer Concretionen) löste sich in einer Unce destill. Wassers bei Blutwärme völlig auf, wenn 1 Gran Lithiacarbonat zugesetzt wurde. Das genannte Mittel ist aber äusserst selten und Ure räth es aus dem Spodumen (dem Triphan, welcher hier und da im Granit vorkommt) zu bereiten. Das Spodumen von Dublin enthält $5^1/_4$ pCt. Lithia.

In einem Falle von **Nephritis calculosa**, wo bei Lebzeiten Speisetheile, als Mohn, Kerne etc. durch den Harn abgegangen waren, fand Melion (W. Ö. 5) ein perforirendes Magengeschwür, welches an der hinteren Wand nur einen Zoll vom Pylorus sitzend, diese durchbrochen hatte und mit einer Höhle communicirte, welche durch Zerstörung des oberen Randes der rechten Niere entstanden war. In dieser Höhle konnte man mit dem Finger einen lose liegenden Körper fühlen, der sich als Nierenstein charakterisirte, deren bereits mehrere bei Lebzeiten abgegangen waren. Eine ähnliche erbsengrosse Öffnung zeigte sich an der vorderen Wand, die jedoch durch das, nach oben umgeschlagene grosse Netz, dessen freier Rand sich an der vorderen Fläche des Magens inserirte, verschlossen war. Die rechte Niere war mit dem Magen, Leber und dem Lendentheil des Zwerchfells fest verwachsen und enthielt im Inneren unregelmässige Steinfragmente mit Speiseresten (Apfelkerne und Kerne von Rosinen), die auch in dem bis zur Dicke einer Federspule ausgedehnten Harnleiter aufgefunden wurden. In der Blase befand sich ein hühnereigrosser Stein, das Peritonaeum trug deutliche Spuren von Entzündung.

Zwei Fälle von **Zerreissung des Ureters** *und Pelvis renalis* durch äussere Gewalt, erzählt Stanley (The Lancet. — W. Ö. 10). Der erste Fall betraf ein von einem Wagen überfahrenes Weib, welches mit einer Fractur des linken Oberschenkels und einer mässigen schmerzhaften Anschwellung in die Behandlung kam. Nach einigen Tagen schwoll unter fieberhaften Erscheinungen der Unterleib allmälig an, Patientin klagte über heftige Schmerzen in demselben, nach deren Beschwichtigung eine umschriebene schmerzhafte Geschwulst im rechten Hypochondrium zurückblieb, die allmälig zunahm und deutlich fluctuirte. Bei der Punction des vermeintlichen Abscesses erhielt man eine strohgelbe, nach

Urin riechende Flüssigkeit, welche Eiweiss und Harnstoff enthielt. Nach einiger Zeit erhielt die Geschwulst wieder ihre vorige Grösse, wurde abermals punctirt und gab dieselbe nach Harn riechende Flüssigkeit wieder. Mittlerweile verschlimmerte sich das Allgemeinbefinden von Tag zu Tag, und in der 10[ten] Woche nach der Beschädigung erfolgte der Tod. Bei der Section fand man eine weite, vom Zwerchfell bis zum oberen Beckenrande reichende Cyste, welche oben durch eine mit zerrissenen Rändern versehene Öffnung mit dem rechten Nierenbecken communicirte. — Der 2[te] Fall endete zwar nicht mit dem Tode, da aber auch hier die entleerte Flüssigkeit Harnstoff und die übrigen Bestandtheile des Harnes enthielt, so glaubt Stanley eine ähnliche Zerreissung des Harnleiters oder Nierenbeckens vermuthen zu dürfen. Dieser Fall betraf einen 9jährigen Knaben, dessen Becken unter das Rad eines Karrens gerathen war. Ausgedehnte Eiterung war die Folge, wobei im Verlaufe der Krankheit mehrere Uncen Eiter durch die Punction in der Nähe der linken Hüftdarmbeinsymphyse entleert wurden. Nach 6 Wochen bildete sich ohne vorausgegangene Schmerzen in der rechten Bauchseite eine längliche fluctuirende Geschwulst, die sich vom Rande der Rippen bis zum Poupart'schen Bande und von der Linea alba bis gegen die Lumbalgegend hin erstreckte, ohne dass Störungen der Harnabsonderung deren Entwickelung begleitet hätten. Mittelst eines kleinen Einschnittes entleerte man etwas klare Flüssigkeit. Als jedoch nach 3 Wochen sich die Geschwulst immer vergrösserte, punctirte man dieselbe zwischen der letzten Rippe und der Crista ilei, worauf sich etwa 51 Uncen (engl. Medicinal-Gewicht) eines klaren gelben Fluidums entleerte, welches Urea und die übrigen Bestandtheile des Harns auf chemischem Wege nachwies. Der spätere Verlauf machte noch eine zweimalige Punction nöthig, wobei sich das erstemal 72 Uncen, das zweitemal blos 6 Uncen derselben Flüssigkeit entleerten. Das Allgemeinbefinden blieb stets ungestört und 9 Monate nach der Verletzung wurde der Knabe entlassen, ohne dass die Geschwulst bedeutend zu- oder abgenommen hatte. Nach einiger Zeit sah ihn Stanley wieder, die Geschwulst war noch deutlich fühlbar, jedoch kleiner. *Dr. Morawek.*

Die **Krankheiten der Harnblase** bilden den 3. und letzten Theil des trefflichen Werkes von Civiale (XXI), wovon wir die beiden ersten Theile bereits im vorigen Hefte besprochen haben.

Als unterscheidendes Merkmal **des Blasenschwammes** von anderen Geschwülsten betrachtet C. (Cap. I) die Insertionsweise desselben; — denn immer fand er den beginnenden Blasenschwamm auf einem mehr weniger dünnen Stiele ruhend, während im weitern Ver-

laufe nicht selten Blasenschwämme vorkommen, deren Basis breiter als ihr freies Ende ist, da bei einem grösseren Wachsthum derselben die Wurzeln sich nicht allein vervielfältigen, sondern auch in die tieferen Gewebe eindringen. Die *Gestalt* derselben ist verschieden, je nachdem sie gestielt sind oder nicht. Im ersteren Falle stellen sie meist eine kleine platte und weiche, seltener unebene und gefranste Geschwulst dar, die in gewissen Fällen jener fettigen Excrescenz gleicht, die man zuweilen auf der Haut mancher dickleibigen Personen bemerkt. Der Stiel ist meist lang, und kann selbst eine solche Länge erreichen, dass die Geschwulst, wenn sie am Blasenhalse sitzt, oft bis in die Harnröhre hineinragt, und dann leicht mit dem Katheter in die Blase zurückgeschoben zu werden vermag. Im Innern der Blase ist der Schwamm meist von unregelmässiger Gestalt und stellt bisweilen unregelmässige fibröse oder filamentöse in der Blase flottirende Bündel dar. Ist dagegen die Basis des Fungus breit, so ist derselbe entweder warzenförmig, ungleich, tuberculös oder glatt, rund oder eiförmig, ja Civiale sah deren, die regelmässig conisch waren und nirgends eine Ungleichheit darboten. Das *Volumen* der Blasenschwämme steht fast immer in umgekehrtem Verhältniss zu der Zahl der Geschwülste und entspricht gemeiniglich dem Alter und dem Sitze des Übels; so haben die *am Blasenhalse* befindlichen meist einen geringen Umfang, *am Blasenkörper* dagegen entwickeln sich die morbiden Producte bei längerer Dauer meist nach allen Seiten hin und bilden beträchtliche Hervorragungen innerhalb der Blase. Ihre *Zahl* ist unbestimmt; am Blasenhalse findet sich, wenigstens im Anfange meist nur eine Geschwulst, im Inneren der Blase dagegen kommen sie oft in solcher Menge vor, dass sie die ganze Schleimhaut bedecken. Was ihre *Härte* betrifft, so nehmen nur die am Blasenhalse befindlichen Schwämme mit der Zeit etwas an Consistenz zu, die am Blasenkörper vorkommenden dagegen bleiben stets weiss, filamentös und leicht zerreiblich. Bei Männern kommen die Blasenschwämme am häufigsten vor; Stein oder chronische Phlegmasien der Blase sind die gewöhnlichsten excitirenden Ursachen. Oft ist der Fungus mit einer hartnäckigen Blasenneuralgie vergesellschaftet, die Civiale jedoch mehr als Folge denn als Ursache des Übels anzusehen geneigt ist. — Die *Diagnose* derselben ist äusserst schwierig, indem einerseits alle von den Auctoren angegebenen Symptome nicht hinreichen, den einfachen Blasenschwamm zu diagnosticiren, andererseits die Untersuchung mit dem Katheter oder noch besser, mittelst weicher Bougies, so wie der Abgang von Schwammportionen mit dem Harne nur in äusserst seltenen Fällen das Dasein desselben constatiren lassen, ja die Diagnose wird fast unmöglich, wenn ein Steinleiden oder eine andere Blasenkrankheit mit

im Spiele sind. Befindet sich der Schwamm am Blasenhalse, so bedient sich Civiale zur Untersuchung des dreiarmigen Perforateurs auf folgende Weise: Nachdem nämlich durch Einspritzung von lauem Wasser die Blase gefüllt worden, wird der Perforateur in dieselbe eingebracht, geöffnet und so vorgezogen, als sollte derselbe geöffnet hervorgezogen werden. Die Arme des Instrumentes legen sich so an die innere, vermöge ihrer Elasticität ausgedehnte Mündung der Harnröhre an, und ist nun eine Geschwulst da, so legt sich diese bei den Seitenbewegungen des Instruments in den Zwischenraum der Arme, bildet daselbst eine Hervorragung uud lässt sich durch das Stilet erkennen. Bei voluminösem Fungus gibt jedoch dies Verfahren keinen Aufschluss. Hat der Fungus seinen Sitz im Inneren der Blase, so führe man in die mit lauem Wasser angefüllte Blase einen Katheter von kleiner Krümmung ein, bei dessen Hin- und Herbewegungen sich dann Unebenheiten nachweisen lassen, deren Umfang man mittelst des dreiarmigen Perforateurs späterhin aproximativ bestimmen kann. Die *Behandlung* ist sehr unvollkommen: Bei kleinerem und gestieltem Fungus versuchte Civiale das *Abreissen* oder die *Ligatur*, war jedoch die Basis breit, so entsprach nach ihm in gewissen Fällen die *Zermalmung* des Fungus mittelst des dreiarmigen Perforateurs oder des Lithoklastes. Gegen die nach der Operation eintretenden Schmerzen und katarrhalischen Symptome erwies sich meist die Kauterisation der Stelle, wo die Geschwulst sass, als hülfreich. Radicale Heilung erfolgt aber selten; meist nimmt der Fungus wieder an Volumen zu, wo dann dem Arzt nichts übrig bleibt als die Harnbeschwerden zu beschwichtigen.

Der **Blasenkrebs** (Cap. II. pag. 72.) ist äusserst selten primitiv, sondern meist Ausgang anderer organischen Krankheiten der Blase. Der Übergang fungöser und anderer Geschwülste der Blase in Krebs kann jedoch so latent verlaufen, dass oft gar keine Symptome da sind, die auf eine solche Entartung schliessen lassen. Keines der von den Auctoren dem Blasenkrebse zugeschriebenen Symptome kommt diesem als eigenthümlich zu, ja selbst der Abgang hirnähnlicher Masse findet einen analogen Vorgang bei vorgeschrittenem Blasenkatarrh und in manchen schlimmen Fällen von Steinen oder Fungus, wo der Urin mit concreten Mucositäten, die sich in Flocken umgewandelt und ein organisches Aussehen erhalten haben, nicht selten angefüllt ist. Selbst die Explorirung der Blase bietet nur ungenügende Resultate, indem diese wohl das Vorhandensein von Excrescenzen, keineswegs aber die Veränderungen nachweisen kann, die solche Geschwülste eingegangen sind.

Die *innerhalb der Blasenwandungen entwickelten Geschwülste* zerfallen (Cap. III. p. 87) in 2 Kategorien: 1) *partielle* **Induration** der Bla-

senwandungen: 2) *Abscesse* in den Wandungen der Blase oder in dem nahen mit der Blase verbundenen Gewebe. *Erstere* hat meist einen kleinen Umfang, zeigt jedoch eine grosse Resistenz und die Gewebe sind meist so verändert, dass sich kaum noch Spuren ihrer früheren Structur bemerken lassen. Solch eine partielle Verhärtung behindert im Allgemeinen die Functionen der Blase wenig und nur in seltenen Fällen wird sie Ursache neuralgischer Schmerzen und hartnäckiger Blasenkatarrhe. Bei mageren Kranken und Lage der Geschwulst am vorderen Theil der Blase lässt sich die Induration leicht erkennen, indem sie da zwischen den vorher eingebrachten Katheter und die auf's Hypogastrium applicirte Hand kommt und so leicht umschrieben werden kann; schwieriger ist die Diagnose, wenn die Induration an der hinteren oder der Seitenwand der Blase sitzt, wo sie oft erst nach dem Tode entdeckt wird. — Die **Eiteransammlungen** finden entweder Statt zwischen den Maschen des Zellgewebes der Blase, oder der Eiter theilt die Blasenwandungen in übereinander liegende Schichten, zwischen denen er sich flächenweise zeigt, oder zu grösseren Abscessen zusammenfliesst. Ihr häufigster Sitz ist der Scheitel und die vordere Wand der Blase. Die Ursache derselben ist meist traumatischer Natur, merkwürdiger Weise kann aber auch die längere Gegenwart des Katheters in der Urethra, die Anwendung der Ätzmittel, so wie eine chronische Irritation des Blasenhalses und der Harnröhre ihre Entwickelung bedingen, in manchen Fällen dagegen ist oft gar keine Ursache nachweisbar. Die richtige *Diagnose* der Blasenabscesse beschränkt sich nur auf solche Fälle, wo dieselbe die vordere Wand oder den Scheitel der Blase einnehmen, indem sie sich da durch eine mehr weniger ausgedehnte, elastische Geschwulst verrathen. Ist aber die Eiteransammlung gering, so kann die Geschwulst auch hinter der Symphysis verborgen bleiben, wo dann also eine Verkennung möglich ist. — Auf die *Form* der Abscesse hat insbesondere ihr Sitz Einfluss. Ist nämlich der Eiter in einer Zelle angesammelt, so ist der Abscess mehr umschrieben und gerundet; steckt aber der Eiter zwischen den Blasenwandungen, so ist er mehr breit und weitläufig. Sehr leicht können Blasenabscesse mit Eiteransammlungen in dem, die Blase umgebenden Zellgewebe oder mit Geschwülsten im kleinen Becken verwechselt werden, ja Abscesse an der hintern Wand der Blase bleiben der Aufmerksamkeit des Arztes während des Lebens oft ganz entzogen, indem sie eines Theils die Function der Blase meist gar nicht behindern, anderen Theils auch die Exploration mit dem Katheter keine sicheren Resultate liefert; denn findet man auch im Innern der Blase irgend eine Hervorragung, so lässt sich durch die Exploration ihr Inhalt keineswegs ermitteln. Die Blasenabscesse öffnen sich äusserst selten in den Darmcanal, häufiger jedoch nach

aussen, was namentlich dann geschieht, wenn der Eiter in einer Zelle angesammelt ist, indem die Entzündung da meist auf die Formationsstelle beschränkt bleibt. Die Berstung des Abscesses in die Blase ist keineswegs für so ungünstig zu halten, als man gewöhnlich glaubt, jedoch hält es Civiale immer für rathsamer, denselben nach aussen ab zuleiten, was am besten durch einen Einstich, weniger durch Kaustica gelingt, da letztere zu langsam wirken. Der Einstich muss jedoch behutsam gemacht werden, indem nicht selten die nahen Organe dislocirt oder entzündet sind, wodurch dann Adhaerenzen oder Communicationen gebildet sein können, die auf die Operation und deren Folgen wesentlichen Einfluss haben.

Die auf der *äusseren Fläche der Blase vorkommenden* **Geschwülste** (Cap. IV. p. 113) sind entweder durch eine *unregelmässige Entwickelung* der Blase bedingt, oder die Folge eines *Bruches der Schleimhaut* durch die Muskelschichte, oder endlich rühren sie von einer gänzlichen oder theilweisen *Dislocation* der Blase her. Im *ersteren Falle* ist die Blase meist hypertrophisch, nimmt ungewöhnliche Formen, entweder eine verlängerte oder abgeplattete an und wendet sich dann nach rechts oder links, anstatt die Mitte des Hypogastriums einzunehmen. Übrigens wird diese Missstellung von allen Blasenhäuten gebildet, wodurch sie sich von der Blasenzelle unterscheidet, zu deren Bildung die Muskelhaut gar nicht oder nur unbedeutend beiträgt. Dieser anomale Zustand ist zwar an und für sich nicht so wichtig, wie ein anderes Blasenleiden, muss aber dem Praktiker bekannt sein, wenn er die wahre Deutung der, diese verschiedenen Affectionen begleitenden morbiden Phaenomene richtig einsehen oder in der Blase, so wie in den benachbarten Gebilden operativ einschreiten will. Im *zweiten Falle* sind es *Blasenzellen*, welche dadurch entstehen, dass sich die Mucosa durch die Muskelbündel senkt, wodurch Geschwülste gebildet werden, die theils sehr klein sind und in den Blasenwandungen verborgen bleiben, theils umfänglicher werden und mit jenen Wandungen nur durch einen Stiel zusammenhängen. Solche Zellen hängen dann entweder mit den benachbarten Organen zusammen oder sind frei und flottiren gleichsam auf der Aussenfläche der Blase. Ihre *Anzahl* ist sehr verschieden, kann jedoch sehr bedeutend werden; so sah Civiale eine Blase, die dermassen von ihnen bedeckt war, dass sie fast einer Weintraube glich. Das *Volumen* derselben steht fast immer in umgekehrtem Verhältnisse zu dem der Blase, ihre *Consistenz* variirt nach der Beschaffenheit des Contentums. Enthalten sie nämlich Urin und kann sich derselbe leicht aus ihnen entleeren, so wird nach dessen Entfernung die Geschwulst sehr weich; enthalten sie aber Eiter oder tuberculöse Materie, so sind sie consistenter, und sehr hart, wenn sie einen oder

mehrere Steine einschliessen. Die Blasenzellen kommen am Fundus und der hinteren Blasenwand am häufigsten vor und communiciren meist, wenn die Schleimhaut nicht hypertrophisch ist, mit der Blase durch eine Öffnung, deren Ränder abgerundet sind; in dem Masse aber, als die Zelle grösser wird, verstreicht der Rand, und beide, Blase und Zelle scheinen dann in Eines überzugehen. Ist dagegen die Schleimhaut hypertrophisch, so sind im Anfange die Öffnungen gar nicht zu bemerken, wofern man nicht daran zieht oder irgendwo einbläst. Bei grossen hinter dem Trigonum liegenden Zellen ist die Querfalte, welche das letztere an seiner hinteren Partie besitzt, hervorragender als gewöhnlich und scheint die Mündung der zufälligen Cavität zu decken. Die *Ursache* der Blasenzellen ist einzig und allein Behinderung des Harnabflusses, wodurch die Blase sich mehr in ihren Contractionen anstrengen muss und einen Bruch der Schleimhaut durch die zu einem Bündel vereinten und nun auseinandergedrängten Muskelfasern bedingt. Die am Scheitel der Blase befindlichen Zellen haben das Eigenthümliche, dass die abnorme Expansion der Schleimhaut von selbst aufhört, wenn der Harn abgeflossen ist, die Schleimhaut stülpt sich da wieder ins Innere der Blase ein, und wenn sich nun Gedärme mit festen Faecalmaterien, oder das Omentum in die eingestülpte Tasche einsenken, so kann man leicht zu der falschen Voraussetzung eines fremden Körpers in der Blase, z. B. eines Steines, verleitet werden. — Die *Diagnose* ist sehr schwierig, vermuthen lassen sie sich aber durch folgendes Verfahren: Zuerst wird die Blase mittelst des Katheters völlig entleert und dem Kranken mässige Seitenbewegungen anbefohlen, wobei man zugleich das Hypogastrium etwas comprimirt. Sind Zellen da, so entschlüpft gewöhnlich eine neue Menge Urin aus der Blase. Wiederholt man dasselbe Manoeuver, nachdem man die Blase mit lauem Wasser angefüllt hat, und bleiben sich die Resultate mehrmals gleich, so wird die Vermuthung von Blasenzellen nur um so mehr begründet, namentlich dann, wenn einzelne Hervorragungen oder Beulen an der Oberfläche der Blase durch das Gefühl entdeckt werden können. — Stagnation des Harnes in denselben, Entzündung, Abscessbildung, Ulceration, so wie Depositionen von Sand oder Gries sind meist die *Folgen* der Blasenzellen. **Blasenhernien** *beim Manne* kommen meist unter der Form der Inguinalcystocele vor und werden entweder von der Blase allein oder auch vom Intestinum oder dem Netze mitgebildet. Als fast *sichere Zeichen* derselben hält Civiale das allmälige Verschwinden der Hernia, wenn bei den Repositionsversuchen der Harn durch die Harnröhre abzufliessen beginnt, so wie den Umstand, dass man im Hypogastrium die vom Harne ausgedehnte Blase durch das Gefühl und die Percussion nicht entdecken kann. In solchen Fällen ist

der Katheterismus vor allem nöthig; gut ist auch während des Reponirens den Katheter in der Harnröhre zu belassen, denn ist ein Theil der Blase dabei betheiligt und enthält diese Urin, so wird der Durchgang des Liquidum in die Abdominalpartie dieses Organs sofort erkannt, was aber nicht geschehen kann, wenn das Instrument herausgezogen wurde. Nach der Reposition ist die Einlegung des permanenten Katheters nöthig, damit nicht der Drang beim Harnen eine neue Dislocation der Blase bedinge. *Bei Weibern* treten die Hernien entweder in die Leistenringe oder unter das Ligamentum Poupartii, bei Schwangeren indess nimmt die Dislocation mehr die Richtung nach unten gegen den Damm und die Scheide. Oft manifestirt sich die Vaginalcystocele nach dem Partus, und bedingt so eine Zurückhaltung des Harnes und der Lochien unter febrilen Erscheinungen. Ebenso können Harnsteine, Ischurie, Hysteroptosis, Blasenhernien bedingen: die dadurch bedingten Harnbeschwerden stehen jedoch nicht immer im gleichen Verhältnisse mit der Ausdehnung der Dislocation, indem in manchen Fällen die Blase dennoch eine gewisse Expulsionskraft behält, wo dann die Kranken ziemlich leicht, ohne die Geschwulst comprimiren zu müssen, harnen können.

Dem *gezwungenen Aufenthalte des Harnes in der Blase* liegen nach Civiale (Cap. V. p. 137.) nur 2 Ursachen unter, entweder hat nämlich die Blase ihre Expulsionskraft theilweise oder gänzlich verloren, oder es bietet irgend ein Punkt des Ausscheidungscanals Hindernisse dar, die das Harnen schwierig oder unmöglich machen. Ersteren Zustand nennt er *Harnstagnation*, letzteren **Harnverhaltung**. — Ist die Contractilität der Blase mehr weniger geschwächt, so ist die Urinentleerung meist unvollkommen, es wird nur ein Theil des Harnes entleert und dieser in einem fadenförmigen flachen Strahle, ja in ausgesprocheneren Fällen fällt das Liquidum zwischen die Beine, auf die Fussbekleidung, hört kurze Zeit zu fliessen auf und fängt dann wieder an. In weiterem Verlaufe dehnt sich die Blase immer mehr aus, gibt an jenen Stellen, wo sie den geringsten Widerstand findet, nach und lässt sich im Hypogastrium als eine weiche, schlaffe Geschwulst ohne alle Reactionsfähigheit anfühlen, ein Zustand, den man oft mit Ascites verwechselte. Das sicherste Merkmal einer solchen Atonie erhält man durch das Einlegen des Katheters; kurz nachdem der Kranke geharnt hat, fliesst nämlich abermals eine Menge Urin ab, und hat man in der Harnröhre kein Hinderniss bemerkt, so ist dieselbe ausser allen Zweifel gesetzt. Nützlich sind auch Injectionen von kaltem Wasser, indem die zuerst injicirte Flüssigkeit meist perpendiculär, ohne Strahl, herabfällt; in dem Masse aber, als durch die Kälte die Contractilität der Blase gesteigert wird, nimmt auch der Strahl an Kraft und Weite zu. In *einfachen Fällen* von Harnstagnation reicht *Kälte* auf den Penis,

das Mittelfleisch und Perinaeum, so wie die innere Schenkelfläche hin, der Blase wieder ihren Tonus zu geben. Bei Complication mit Neuralgie stumpfe man die erhöhte Sensibilität durch Einbringen von *Bougies* ab; oft braucht blos eine hartnäckige Stuhlverstopfung beseitigt zu werden, um die Stagnation zu beheben. In *hartnäckigeren Fällen* ist die wiederholte Anlegung des *Katheters* nöthig, womit man noch die Injectionen von, allmälig in der Temperatur sinkendem Wasser verbinden kann. Wohl zu unterscheiden sind aber hier die *falschen Harnbedürfnisse*, die sich von den wahren sowohl durch die Exploration des Hypogastriums, welche anzeigt, ob sich die Blase gefüllt habe oder nicht, als auch durch den Katheter, wodurch man erfährt, ob sich Urin angesammelt oder nicht, leicht unterscheiden. Hier vertraue man dem Katheter nicht, sondern bringe Bäder, erweichende Umschläge, opiumhaltige Viertelklystire in Anwendung. Was die *kalten Injectionen* bei der Blasenatonie betrifft, so haben dieselben stets unmittelbar nach dem Harnen und langsam zu geschehen. Die Flüssigkeit sei anfänglich lauwarm, von Tag zu Tag aber mindere man die Temperatur, bis sie auf 15° C. gekommen ist, ja sie kann sogar bis auf Null geführt werden, wenn es sich um einen hartnäckigen Fall handelt. Ist die Paralyse sehr bedeutend, so leisten die *Irrigationen* mit ununterbrochenem Strahl, mittelst eines doppelläufigen Katheters, so wie auch kalte Klystire und Irrigationen in das Rectum gute Dienste. Besteht zugleich eine Hautaffection, so erweisen sich warme *Douchen*, insbesondere die schweflichen, als sehr nützlich. Man dirigirt sie aufs Sacrum, Hypogastrium, die Wirbelsäule und Perinaeum. Jede Douche dauere 10—20 Minuten, werde alle 2—3 Tage wiederholt und damit fortgefahren, bis sich die Heilung consolidirt hat. Ist eine hartnäckige Constipation mit im Spiele, so sind die *aufsteigenden kalten Douchen* indicirt. Ist die Atonie an eine Rückenmarksstörung gebunden, so leisten *Derivantien*, z. B. Vesicatore, die Moxa etc. ihre Dienste. Die balsamischen und diuretischen Mittel erweisen sich selten nützlich und schaden vielmehr zuweilen. Bei manchen Kranken bleibt jedoch die Paralyse unheilbar, wo dann der permanente Katheter, so wie oft wiederholte Einspritzung, wohl den Zustand erleichtern, ohne jedoch das stete Sinken der Kräfte hindern zu können. — Eine gleiche Behandlung erfordert die *Stagnation des Harnes in complicirten Fällen*, nur berücksichtige man stets auch das coexistirende Leiden, als: Verengerungen der Harnröhre, Störungen der Prostata, Fungus und andere Geschwülste der Blase, so wie eine gleichzeitige Atonie des Rectum. Ist geschlechtliche Ausschweifung die Ursache, so muss man meist der Anwendung des Katheters den Gebrauch des Opiums vorausschicken, um die erhöhte Sensibilität der Urethra abzustumpfen. Besteht ein

hysterischer Anfall, so ist der Katheter meist nicht nothwendig, indem bekanntlich während eines solchen die Harnsecretion verlangsamt oder wohl gar suspendirt ist; jedoch muss der Zustand sorgfältig beachtet und das Hypogastrium öfter untersucht werden. Oft liegt ein Leiden des Cerebrospinalsystems zu Grunde, wo dann oft die Blasenfunctionen wieder zur Norm zurückkehren können, wenn auch die organischen Ursachen der Störungen noch fortbestehen. Complicirt sich eine chronische Phlegmasie der Blase mit der Harnstagnation, so kann die geringste Erschütterung diese in eine acute verwandeln und binnen sehr kurzer Zeit die schlimmsten Zufälle, ja selbst den Tod herbeiführen. Antiphlogose ist da die Hauptsache und wenn das erste Stadium vorüber ist, so räth Civiale die Mittelsalze in kleinen aber oft wiederholten Dosen an. — Unter den *Ursachen der eigentlichen Harnverhaltung* stehen die Harnröhrenverengerungen oben an. Hier ist es oft dringend geboten, die das organische Leiden begleitende und gefährlicher machende Harnverhaltung zu beseitigen, weshalb die wirksamsten Mittel zuerst in Gebrauch zu ziehen sind, als: Blutentziehungen, Sitzbäder, Begiessungen des Scrotums, Perinaeums und der Schenkel mit warmem Wasser, erweichende Umschläge, so wie einfache oder opiumhaltige Klystire. Mitunter haben jedoch alle diese Mittel keinen Erfolg und es ist die Anwendung des Instrumentes nöthig, wo dann die Dicke des Harnstrahles vor der Harnverhaltung die Wahl des Katheters bestimmt. Spricht sich die Harnverhaltung in Folge diätetischer oder geschlechtlicher Genüsse auf eine schnelle Weise aus, so applicire man in der Regel sofort den Katheter und berücksichtige die Irritabilität des Canales nicht weiter; denn diese rührt von der Ausdehnung der Blase her und verliert sich, sobald letztere gehörig entleert worden ist. Auch Contusionen der Urethralwandungen, z. B. bei Anwendung der Lithotritie, Einführung des Katheters bei Geburten, so wie organische Krankheiten des Blasenhalses und der Blase selbst, können zur Harnverhaltung Anlass geben; fälschlich schrieb man aber denselben Einfluss auch der Hypertrophie der Blasenwandungen zu, indem man offenbar da Wirkung mit Ursache verwechselte. — Die *Wirkungen*, welche die Stagnation oder Harnverhaltung zur Folge hat, beziehen sich nicht auf die Blase allein, die oft dermassen erweicht, dass schon der geringste Druck eine Ruptur derselben zur Folge hat, sondern auch auf die Nieren und Harnleiter, die widernatürlich ausgedehnt und entzündet werden, auf die Haut, die nicht selten Sitz verschiedenartiger Eruptionen wird, auf die unteren Extremitäten, wo nämlich Schmerzen an der inneren Seite des Unterschenkels und auch wohl der Planta pedis die Harnverhaltung begleiten, so wie endlich das Gehirn, die Lungen und das Herz, die sehr häufig von Congestionen im Verlaufe der Urinretention befallen werden.

Die **Incontinentia urinae** (Cap. VI. pag. 217) besitzt hinsichtlich ihres Hauptsymptomes, des unfreiwilligen Harnabflusses, allerdings scharf hervortretende Merkmale, indessen ist es nicht so leicht, die wahre essentielle von jener zu unterscheiden, die man die falsche oder symptomatische nennen könnte, besonders wenn sie unvollständig ist. So pissen manche Kranke jede Nacht ins Bett, manche nur in längeren Intervallen, ja oft erscheint dieser Zustand nach dem Genusse gewisser Getränke, die sonst gewöhnlich keinen Einfluss auf die Blase äussern. Die dunkelsten Fälle sind jene, wo die Blase durch eine ursprüngliche oder erworbene Disposition einen geringen Rauminhalt hat, indem sich da niemals eine Geschwulst im Hypogastrium bildet. In allen diesen Fällen kann nur genaue Nachweisung mittelst des Katheters, so wie eine streng sichtende Zusammensetzung der Symptome genauen Nachweis ertheilen. Ist nämlich die Harnröhre wegsam, wenig reitzbar, besteht weder am Halse noch am Körper der Blase eine organische Störung, enthält die Blase nur einige wenige Löffel Urin, so liegt sicher eine mangelnde Thätigkeit des Blasenhalses zu Grunde; ist dagegen die Blase als deutliche Geschwulst im Hypogastrium zu fühlen, cessirt die Incontinenz auf einige Stunden, wenn eine gewisse Menge Harn mittelst des Katheters entfernt wurde und tritt der unfreiwillige Harnfluss bald darauf wieder ein, so ist er blos die Folge einer übermässigen Ausdehnung und es handelt sich nur um eine minder grosse Blase. Die *Behandlung* richtet sich nach den dem Leiden zu Grunde liegenden Ursachen; im Allgemeinen sind jedoch Einspritzungen von lauem und später kaltem Wasser, Bäder, so wie die Irrigationen anzurathen. Ist *Lähmung* der Blase im Spiele, so erweisen sich der permanent verbleibende *Katheter, Frictionen, kalte oder warme schwefelhaltige Douchen,* so wie Injectionen von Wasser, Tinctura cantharidum, Balsamum copaivae etc. in vielen Fällen als sehr wirksam. Ist die *Prostata angeschwollen,* so entspricht in der Mehrzal der *permanente Katheter,* der einerseits dem Harne einen leichteren Abfluss verschafft, andererseits aber auch eine Normalisirung des prostatischen Theiles der Harnröhre bewirkt, indem er die ihn comprimirende Geschwulst dislocirt. Ist eine *Rückenmarksstörung* Ursache der Incontinenz, so dienen fliegende *Blasenpflaster* auf die Schenkel, das Hypogastrium etc. applicirt; sollte jedoch die Blase sehr irritabel und zusammengeschrumpft sein, so steigern diese nur den Zustand und man muss zur Anwendung besänftigender Mittel schreiten. Die endermatische Anwendung des Aconit, Nux vomica leistet nach Civiale wenig. Bei Kindern ist meist Atonie oder eine geringe Entwickelung der Blase die Ursache der Incontinenz. Im ersten Falle erwies sich in hartnäckigeren Fällen die Kauterisation der inneren Harnröhrenmündung oft als sehr nützlich; im letzteren Falle ist wenig

zu hoffen, man empfehle nur den Kranken, recht oft Harn zu lassen, weil, wenn dies nicht geschieht, der Harn unfreiwillig abgeht. Nicht selten nimmt späterhin der Rauminhalt der Blase zu und das Harnbedürfniss wird seltener. Glückliche Resultate bei Incontinentia urinae will Young (the medical Times. — G. 7) durch den inneren Gebrauch des Salpeters (10 Gr. p. d. 3mal des Tages) erzielt haben; ja bei einem 9jährigen Kinde, welches seit der Geburt an diesem Übel litt, führte das erwähnte Mittel binnen einer Woche völlige Heilung herbei.

Zu den besonderen Arten der **Haematurie** (Cap. VII. p. 253) rechnet Civiale Folgende: 1) Haematurie in Folge von Neuralgien und Verengerungen der Harnröhre, so wie Blasenatonie. Diese Störungen bringen oft eine Blutausschwitzung an der Innenfläche der Blase hervor, wobei die Wandungen der Harnröhre und des Collum vesicae nicht immer so stark contrahirt sein müssen, um die Introduction des Katheters zu behindern. Diese Form erscheint um so häufiger, wenn irgend ein organisches Hinderniss den Urin zwingt, in der Blase zu verweilen. Die Hebung der Ursache hat hier meist Cessation der Blutung zur Folge. 2) Haematurie bei Steinkranken. Diese hängt nämlich hier von der Reibung des fremden Körpers an der Innenfläche der Blase, oder von den starken Contractionen der Blasenwandungen ab, wenn diese sich nach der Harnentleerung kräftig um den Stein legen; rauhe unebene Steine erzeugen diesen Zufall nicht so häufig als glatte. 3) Bei Haematurie in Folge von organischen Störungen ist die Harnröhre meist sehr reitzbar, die Blase dagegen functionirt träge und unvollständig. Das mit dem Harne gemischte Blut erscheint besonders nach Umständen, die die Harnbeschwerden steigern, z. B. Reiten, Excessen im Coitus etc. und nimmt nachgerade an Quantität zu. Partielle oder totale Anschwellungen der Prostata und Fungus am Blasenhalse mit Blasenatonie sind diejenigen Affectionen, mit denen die meisten Haematurien coincidiren; die hier einzuleitende Behandlung ist die, welche wir gegen die Affectionen erwähnter Art bezeichnet haben. 4) Haematurie in der Blasenentzündung erfordert die Behandlung der Cystitis. Manche Haematurien müssen einer solchen Entzündung oder wenigstens einer Reitzung der Blase oder Nieren zugeschrieben werden, da sich ihr Ursprung sonst schwierig anderweit auffinden lässt; so entstehen sie z. B. nach unmässigem Genusse von Trüffeln, von Branntwein, so wie nach dem Gebrauche der Kanthariden. 5) Haematurie durch atmosphärische Einflüsse, z. B. in den Tropenländern entstanden, hört bisweilen von selbst auf, trotzt aber manchmal jeder Behandlung und sogar einer klimatischen Veränderung. Oft ist gar kein Schmerz, mitunter wieder ein sehr bedeutender vorhanden. Überraschend ist es, dass ziemlich schwache Subjecte

ein bis zwei Uncen Blut täglich verlieren können, ohne dass dadurch die Gesundheit sehr erschüttert wird. 6) Die periodische Haematurie, die bei Weibern meist nach dem kritischen Alter und bei Haemorrhoidarien auftritt, belästiget in der Regel den Patienten wenig, und verursacht ihm keine Schmerzen. Das abgehende Blut ist zuerst ganz rein; so wie der Harnfluss aber langsam wird, verliert das Liquidum an Röthe, wird schwärzlich und mischt sich mit dem Harne, der nach und nach wieder seine normale Beschaffenheit annimmt. — Haematurien, wo Erschütterungen, z. B. beim Reiten, als alleinige Ursachen da gestanden wären, sah Civiale nie, eben so wenig die kritischen Haematurien. — Haematurie ist mehr Eigenthum des Greisenalters als der früheren Jahre, und Prostatageschwülste, Fungus, hartnäckige Constipation, so wie die Langsamkeit der Ejaculation, wodurch bei alten Leuten eine länger andauernde Erection bedingt wird, sind da die vornehmsten Ursachen derselben. — Die *Behandlung* der Haematurie im Allgemeinen sei so einfach wie möglich: die Harnröhrenblutungen bei Seite gestellt, kommt die Blutung meist von der Innenfläche der Blase und ist ein Resultat der übermässigen Ausdehnung des Organes durch den gezwungenen Aufenthalt des Harnes. Die erste Indication ist also die Blase zu entleeren, und eine abermalige Anhäufung des Harnes zu verhüten. Später kann man auch Einspritzungen von lauem, dann kaltem Wasser machen. Höchst selten nur wird die Haematurie durch genanntes Verfahren mit Verbindung von reichlichen Getränken, Klystiren und milden Purganzen nicht beseitiget. Dauert sie dennoch an, so muss man andere Causalmomente vermuthen, gewöhnlich entdeckt man dann eine Geschwulst der Prostata oder eine Alteration der Blase, welche dann bei der Behandlung ebenfalls berücksichtiget werden muss. Sollten sich in der Blase dichte und voluminöse Blutklumpen angesammelt haben, so zeigt sich das lithotriptische Verfahren zur Zerspaltung und Herausbeförderung derselben als sehr wirksam.

Die den speciellen Charakter **des Blasenkatarrhs** (Cap. VIII. p. 287) constituirenden Bodensätze des Harnes sind ihrer Natur, ihrer physischen und chemischen Eigenschaften, so wie ihrer Quantität nach ungemein verschiedenartig. Diese Verschiedenheit ist vorzugsweise durch den Grad und Modus der Phlegmasie bedingt, kann aber auch von besonderen Ursachen, individuellen Anlagen etc. abhängen. Der leichteren Übersicht wegen unterscheidet C. drei *Arten von Sedimenten:* 1) *mucöse*, deren Quantität nicht immer in gleichem Verhältnisse mit dem Grade der Entzündung steht. Die Consistenz der Mucositäten ist verschieden; in manchen Fällen ist diese nur gering, in anderen so bedeutend, dass Flocken entstehen, die fest auf dem Boden des umgestülpten

Gefässes haften bleiben. Meist ist der Mucus farblos, er kann aber auch eine gelbe, grüne, weissliche Farbe annehmen. Der farblose und grünliche coincidirt meist mit einer beginnenden oder mässigen Phlegmasie; der braune, schwarze, rothe dagegen deutet eine Blutausschwitzung neben der Schleimabsonderung, der graue und weisse stets einen höheren Grad der Krankheit und eine Tendenz zur Eiterbildung an. Verursacht der Durchgang des Mucus durch die Harnröhre Schmerzen, was aber nicht immer der Fall ist, so ist dies mehr Resultat der Beschaffenheit des Schleimes als wie Folge einer erhöhten Sensibilität der Harnröhre. 2) Ist die Krankheit weiter vorgeschritten, so wird das Sediment *puriform*, es bildet sich nämlich ein klümpericher Bodensatz, der sich durch Schütteln mit dem Harne mischt und ihm ein milchiges Ansehen ertheilt. 3) Die *purulenten* Sedimente kommen zwar aus verschiedenen Quellen, gewöhnlich aber scheiden sie die Nieren aus. Werden sie in der Blase gebildet, so deuten sie immer eine vorgeschrittene Krankheit an und sind meist mit Störungen des Allgemeinbefindens verbunden. — Beim *chronischen Blasenkatarrh* ist hauptsächlich die Schleimhaut der Sitz der Störungen. Meistens findet man sie livid aufgeschwollen, erweicht, ihr Capillargefässnetz ist gewöhnlich ziemlich entwickelt, am gewöhnlichsten beschränkt sich jedoch die Gefässinjection auf das Collum und den Fundus vesicae. Die umschriebenen Veränderungen der Schleimhaut werden meist bei beginnenden Katarrhen, wo der Tod durch eine andere Krankheit erfolgte, beobachtet, und stellen sich meist als unregelmässig vertheilte Plaques dar, deren rothe oder livide Färbung sich mehr im Centrum als in der Peripherie ausspricht. In höher entwickelten Fällen ist die Mucosa überall mit röthlichen Flecken bedeckt, die meist sehr klein und dicht neben einander befindlich sind. Selten ist die Schleimhaut blass, namentlich wenn Atrophie oder Paralyse der Blase zugegen ist; weit öfter ist sie mit einer grauen Schichte überzogen, die mit ihr gleichsam einen Körper bildet. Häufig sind auch die *Ulcerationen der Blase*, besonders wenn die chronische Entzündung in eine acute überging und längere Zeit darin fortbestand; hier ist nicht allein die Mucosa, sondern auch das intermusculäre Zellgewebe, ja selbst die Muskelhaut zerstört, wo dann *Blasenperforationen* entstehen, die zur Bildung von *Recto-vesical-, Vagino-vesical- oder Utero-vesical-Fisteln* Anlass geben. Die häufigsten Communicationen indess, welche die Blasengeschwüre zwischen dem Harnbehälter und den benachbarten Organen eingehen, sind die mit dem Verdauungsapparate. *Gangraen* findet sich namentlich dann vor, wenn Lithiasis mit im Spiele ist. *Erweichung, so wie Induration und Hypertrophie* der Blase sind ebenfalls nicht seltene Ausgänge des chronischen Blasenkatarrhs. —

Zu den verschiedenartigen *Ursachen des Blasenkatarrhs* rechnet Civiale nebst den organischen (Induration, Verengerung der Urethra, Krankheiten der Prostata, des Blasenhalses, Fungus etc.) 1) Unterdrückung habitueller Secretionen; 2) Neuralgie der Harnröhre und des Blasenhalses. In einem solchen Falle ist der Katarrh meist schwach, die im Harne enthaltenen mucösen Sedimente sind entweder massenartig, oder erscheinen blos in Form kleiner Fäden. Selten verursacht der Durchgang der Mucositäten hier jenes brennende Gefühl in der Urethra, worüber in anderen Formen des Katarrhs sich die Kranken so sehr beklagen. Solch ein Katarrh verschwindet meist, sobald die Neuralgie behoben ist. Zu diesem Zwecke eignet sich am besten das Einlegen der Bougies, wodurch man die Empfindlichkeit der Harnröhre abstumpft und diesen Canal zur Aufnahme des Katheters vorbereitet, der die Harnausleerung erleichtern und die Zuhülfenahme der Injectionen gestatten soll. Die Injectionen beginne man zuerst mit lauem, dann kaltem Wasser nach den bereits früher angegebenen Vorschriften. Mineralwässer beweisen sich in dieser Form des Blasenkatarrhs als durchaus schädlich. 3) Gesteigerte oder zu geringe Contractilität der Blasenwandungen: Im ersten Falle verlauft die Krankheit meist mit Hypertrophie der Wandungen, die Symptome sind gewöhnlich intensiv und lassen selten eine erfolgreiche Behandlung zu. Im zweiten Falle führen entweder die täglich sich wiederholenden Beschwerden bei der Expulsion des Harnes oder der Reitz des in der Blase stagnirenden Fluidums gewöhnlich eine Blasenphlegmasie herbei, die im Beginne meist langsam und ohne grosse Schmerzen verläuft, später jedoch gesellt sich ein Brennen während des Harnens hinzu, es erscheint ein reichliches fadenartiges, wohl gar purulentes Sediment im Harne und der Allgemeinzustand wird allmälig in Mitleidenschaft gezogen. Auch hier lässt sich von den Injectionen noch am meisten erwarten; gut sind jedoch nebstbei reichliches Getränk, milde Purganzen, Schwefelbäder und Einreibungen von Brechweinsteinsalbe in die Sacralgegend. Sollten die kalten Injectionen keine Wirkung haben, so empfiehlt C. Injectionen von salpetersauerem Silber; von balsamischen und narcotischen Mitteln, so wie von der Irrigation der Blase sah er aber nur selten günstigen Erfolg. Der *Blasenkatarrh bei Frauenzimmern* ist nicht so selten als man glaubt, und hängt meist von einer Neuralgie der Harnröhre oder Blasenatonie ab. Auch die Gewohnheit wenig zu trinken und den Harn lange aufzuhalten, können als Entwicklungsmomente betrachtet werden. Reichliches Trinken, Klystire und öfteres Harnen reichen meist zur Beseitigung des Katarrhs hin. *Bei Kindern* tritt der Blasenkatarrh meist in solchen auf, welche

an Scrofulosis oder Rhachitis leiden und ist fast immer von Incontinentia urinae begleitet. Im Anfange reichen weiche Bougies und einfache Injectionen zur Hebung des Katarrhs hin, später ist aber auch die Anwendung innerer Mittel, namentlich solcher, die auch die mit bestehende Dyskrasie zu tilgen im Stande sind, nöthig. — Was die *allgemeine Behandlung des Blasenkatarrhes betrifft*, so sind die Antiphlogistica nur im acuten Stadium desselben zulässig, im chronischen dagegen erzeugen sie nie die ihnen von manchen Ärzten zugetheilten Wirkungen. Die narkotischen Mittel sind bei neuralgischem Zustande der Harnröhre oft von grossem Vortheile, namentlich das Opium, nur hüte man sich vor einem Missbrauche desselben, indem sonst leicht eine hartnäckige Constipation, ja selbst Blasenatonie erfolgen kann. Revulsiva sind in manchen Fällen von Blasenkatarrh ebenso nützlich als in den Neuralgien und chronischen Reitzzuständen der Blase. Civiale zieht hier das Unguentum stibiatum allen anderen vor, nur bewirkt es zuweilen Erbrechen und Diarrhoee. Die Kauterisation der Blase mit salpetersaurem Silber scheint ihm ein sehr gewagtes Verfahren, eben so scheinen ihm die Mineralwässer, die Pareira brava und das Jod nicht mehr Vertrauen zu verdienen als andere empirische Mittel. Ein Hauptmittel bei der Cur des chronischen Blasenkatarrhes bleiben die Injectionen von Wasser, namentlich kaltem, da das warme Wasser meist nur eine nicht andauernde Excitation hervorruft. Bleiben die kalten Injectionen ohne Erfolg, so können Einspritzungen mit Russwasser, salpetersaurem Silber, Extractum plumbi, Sublimat oder von Balsamum copaivae in Anwendung gebracht werden.

Prof. Pitha.

Gynaekologie.

Die **Menstruatio praematura** steht nach Raciborski (XXII. p. 84) wie die Menstruation überhaupt (vgl. Vj. Prag. 1844. 1. Quart. Anal. S. 131) ebenfalls mit der Entwickelung der Eierchen und Graafschen Bläschen in ursächlichem Zusammenhange, und zwar in Folge einer angeborenen, eine vorzeitige Entwickelung aller Organe des zur Fortpflanzung bestimmten Apparates begünstigenden Disposition. Die primitive vitale Kraft nämlich, welcher die Entwickelung der Graaf'schen Bläschen, die sich in der Regel erst nach der Geburt bilden, untergeordnet ist, kann so energisch sein, dass es nicht unmöglich ist, einige Graafsche Bläschen schon vor der gewöhnlichen Zeit der Geburt zu finden. So fand R. einmal ein ausgebildetes solches Bläschen bei einem 7monatlichen Foetus. Abgesehen von einer analogen Erscheinung auch beim männlichen Geschlechte, bei welchem die Pubertät ebenfalls manchmal vor der Zeit eintritt, liegt der Beweis auch in der mit der Menstruatio

praematura zusammenfallenden Entwickelung der Brüste und äusseren Genitalien, als Phaenomenen, die von der Entwickelung der Graaf'schen Bläschen abhängen. Demgemäss gelten R. (l. c. p. 97) die Entwickelung der Brustdrüsen, die Ausbildung der äusseren Geschlechtstheile und das Breiterwerden der Hüften für ein sicheres Zeichen der Entwickelung der Graaf'schen Bläschen und somit der Geschlechtsreife, wenn auch die Menstruation nicht eintritt.

Über die **klimakterische Periode** *beim Weibe* führten die Forschungen Raciborski's (XXII. p. 325 u. ff.) zu folgenden Resultaten. Bekanntlich hört die Menstruation und mit derselben die Reproductionsfähigkeit nicht bei allen Weibern in demselben Alter auf. So fand Pétrequin in Lyon das Alter von 45 bis 50, R. in Paris als Mittelzahl das von 46 Jahren als das normale für die Cessation der Menstruation. Diese Zahl mit der für das erste Auftreten der Menstruation in Frankreich geltenden verglichen, gibt 32 für die Fortpflanzung der Gattung bestimmte Jahre beim Weibe. Das klimakterische Alter tritt um so später ein, je kälter das Klima ist: so z. B. in Norwegen nach Dr. Faye 2 Jahre später als in Frankreich. Die Reproductionszeit dauert daselbst also 34 Jahre. Unter den auf die Epoche der Menopause einwirkenden Ursachen ist, was bis itzt grösstentheils übersehen wurde, die Zahl der vorangegangenen Geburten von besonderer Wichtigkeit. Denn R's. Untersuchungen haben gelehrt, dass die Menstruation um so länger dauere, je mehr Kinder eine Frau geboren. Aus einer grossen Anzahl hierher gehöriger Beobachtungen stellt R. zwei Kategorien auf; zu der einen gehören die Frauen, die nicht mehr als 4, als Mittelzahl 2, 3, zu der anderen jene, die in der Mittelzahl 8, 6 Kinder geboren. Bei den ersteren resultirte als die klimakterische Epoche das 47te, bei den letzteren das 49te Jahr. Es ergibt sich daraus zugleich, dass Schwangerschaft und Geburt auf den Gang der Menstruation nicht störend einwirken. Unter 90 Frauen, welche geboren hatten, fand R. nicht Eine, bei welcher die Geburt irgend eine Störung der Menstruation veranlasst hätte. Im Gegentheile fehlt es nicht an Beobachtungen, dass die bis zur ersten Schwangerschaft unregelmässig gewesene Menstruation nach der ersten Geburt regelmässig wurde. Die Wiederkehr der Menstruation nach der Geburt ist nicht bei allen Frauen an dieselbe Zeit gebunden; in der Mehrzahl der von R. beobachteten Fälle fand sie in 6 — 7 Wochen Statt. Ein späterer Wiedereintritt hat seinen Grund gewöhnlich in bedeutenden Puerperal-Haemorrhagien. — Die Annahme, dass, je später die Menstruation beginne, desto später sie auch aufhöre, ist nur in Bezug auf klimatische Einflüsse richtig. Kaltes Klima veranlasst späteres Eintreten und späteres Aufhören der Menstruation. Sieht man jedoch hiervon ab und vergleicht die unter der-

selben geographischen Breite und unter demselben Klima wohnenden Frauen unter einander, so findet man grosse Verschiedenheiten, die, wie die beim Eintritte der Pubertät Statt findenden (vgl. Vj. Prag. 1844. 3. Quart. Anal. p. 146), ihren Grund in der individuellen Beschaffenheit der Lebens- und Reproductionskraft haben. Ausnahmsfälle abgerechnet, kann man im Allgemeinen behaupten, dass, je früher ein Weib bezüglich der ersten Menstruation reif erscheint, dasselbe um so mehr disponirt sei, viele Kinder zu haben, und dass auch die klimakterische Epoche um so später eintreten werde, weil Alles dies mit der Reproductionskraft im Zusammenhange steht. — Die Ovarien gehen während des kritischen Alters einer langsamen, aber stetigen Atrophie entgegen. Sie werden kleiner, der flüssige Inhalt der Graafschen Bläschen wird resorbirt, während der festere pseudomembranöse Schichten bildet, wodurch die Wände derselben sich verdicken und fibrös werden; mit dem endlichen Verschwinden jeder Spur der früheren Follikel wird das Innere des Ovariums ganz in eine fibrös-zellige Substanz verwandelt. Die Runzeln an der Oberfläche der Eierstöcke alter Weiber sind nicht die Folgen von nach der Berstung der Follikel zurückbleibenden Narben, sondern die Wirkung des Schrumpfens, der Atrophie des Organes selbst. — Bei der Menopause kommen 2 Momente besonders in Betracht: die Aufhebung der Reproductionsfähigkeit und das Aufhören des gewohnten periodischen Blutverlustes. In Folge der ersteren entsteht eine Zunahme der Nutrition, daher vermehrte Fetterzeugung und Plethora sanguinea. Dies und das oft noch nach der Cessation der Menstruation bestehende Bedürfniss des Organismus, periodisch eine gewisse Menge Blutes auszuscheiden, erklärt es, dass letzteres, von den Geschlechtstheilen nicht mehr angezogen, Congestionen nach anderen Theilen und mit ihnen die verschiedenartigsten Beschwerden veranlasst, die nicht selten von der Natur selbst durch neu hervorgerufene Ausflüsse, wie z. B. Haemorrhoiden u. dgl. beseitiget werden. Der Brustkrebs tritt verhältnissmässig häufiger in der klimakterischen Epoche auf. Nicht so der Gebärmutterkrebs, welcher genauen Untersuchungen zufolge meist in einer der klimakterischen lange vorangehenden Epoche beginnt. Stellen jedoch im klimakterischen Alter Uterusaffectionen sich ein, so sind sie allerdings meist krebshafter Natur. Die Annahme der Gefährlichkeit der klimakterischen Epoche für alle Frauen ist jedoch nicht gegründet, indem manche nach dem Aufhören der Reinigung gesünder und kräftiger werden, als sie es vordem waren. Es gilt dies besonders von zart gebauten, reichlich menstruirten Frauen, die durch den Blutverlust zu sehr geschwächt wurden. Ferner ergeben statistische Untersuchungen, dass die Sterblichkeit bei den Frauen in den Jahren 30 bis 40 grösser sei, als zwischen 40 und 50.

Über *die angebliche* **Unfruchtbarkeit** *der Frauen, welche als Zwillinge zugleich mit einem Kinde männlichen Geschlechtes geboren worden,* stellte Prof. Jam. Y. Simpson zu Edinburgh (N. Bd. 29. n. 4. 5) sehr interessante Untersuchungen an. Bekanntlich hat John Hunter (Animal Economy) nachgewiesen, dass von Zwillingskälbern verschiedenen Geschlechtes die Geschlechtstheile des anscheinend weiblichen Kalbes fast immer unvollkommen entwickelt sind. So fand er, bei übrigens gut gebildeten äusseren Genitalien, die Vagina nach oben zu verengert und die Genitalia interna durchaus nur rudimentär entwickelt; manchmal sogar schienen überschüssige männliche Organe (Vasa defer. und Hoden) da zu sein, und in einem Falle nahmen die Stelle der Ovarien ganz den Hoden ähnliche Körper ein, Beobachtungen, die auch Scarpa, Gurlt, Allnatt, Thomson und S. bestätiget fanden. Der äusseren Gestalt nach haben solche Kühe (in England *free-martins* genannt) mehr Ähnlichkeit mit castrirten Ochsen oder verschnittenen Kühen, als mit dem uncastrirten Männchen oder Weibchen der Species. Sie ermangeln gewöhnlich alles Geschlechtstriebes und werden für unfruchtbar gehalten. S. stellte sich nun die Aufgabe, zu untersuchen, ob diese Annahme bezüglich des Rindviehes allgemeine Geltung habe, ob sie nur auf dieses beschränkt sei, oder sich auch auf die übrigen Säugethiere, die in der Regel nur ein Junges gebären, daher auch auf den Menschen — wie es der Volksglaube annimmt — erstrecke. — Bezüglich des Rindes fand er die Unfruchtbarkeit als in der Regel bestätiget, jedoch keineswegs ohne Ausnahme. Bei den Schafen spricht die tägliche Erfahrung gegen diese Annahme, und bezüglich der Ziegen und Pferde konnte er nicht hinreichende Beobachtungen anstellen. Was nun die Geltung dieser Regel in Bezug auf den Menschen anbelangt, so thut S. vorerst dar, dass *Zwillinge verschiedenen Geschlechtes keineswegs so selten* vorkommen, als man ehedem glaubte. Denn unter 788 bei einer Anzahl von 59178 Geburten vorgekommenen Zwillingsgeburten in den Gebärhäusern zu Edinburgh, Dublin und London waren 298mal die Kinder verschiedenen, 229mal beide männlichen und 261mal beide weiblichen Geschlechtes. Zur Entscheidung der in Rede stehenden Frage nun sammelte S. 113 Fälle von mit Knaben als Zwillinge geborenen Frauen, und von diesen hatten 103 geboren, 10 aber, also etwa $^1/_{11}$ der Totalzahl, nicht, obwohl die eine von ihnen über 5, 9 aber 10 bis 40 Jahre verheirathet gewesen waren. Von den Knaben dieser 103 Paare, bei denen der weibliche Zwilling fruchtbar war, wurden 53 Väter, 24 starben als Kinder oder unverheirathet, 8 blieben Hagestolze, 2 heiratheten und blieben kinderlos, über 14 war nichts Näheres zu ermitteln. Nebstdem theilt S. auch die Geschichte von 4 Frauen mit, die von Drillingsgeburten herstamm-

ten, bei denen entweder 2 Knaben oder 2 Mädchen geboren wurden. Alle 4 gebaren Kinder. Eben so gebar eine mit 3 Knaben zugleich geborene Vierlingsschwester später selbst Drillinge. Cribb (Medical Repository 1823) berichtet von 7, Meckel (über Hermaphroditismus) von 1 unter den fraglichen Umständen geborenen Frau. Letztere wurde Mutter und von ersteren blieb nur Eine trotz langer Verheirathung unfruchtbar. Dieser statistischen Zusammenstellung zufolge sind daher ungefähr 10 pCt. der fraglichen Frauen als unfruchtbar zu betrachten, ein Resultat, welches allerdings für den Volksglauben zu sprechen scheint. Allein ehe dies zugegeben werden kann, ist zu untersuchen, *wie sich die kinderlosen Ehen überhaupt zu den fruchtbaren verhalten.* Zu diesem Behufe stellte S. in 2 grossen Dörfern Volkszählungen an, und fand in dem einen das Verhältniss der kinderlosen Ehen zu den fruchtbaren wie 1 : 10, in den anderen wie 1 : $10^1/_9$, und indem er endlich, um seinen Schlüssen eine breitere Basis zu geben, die Geschichte von 503 Ehen, wie man sie in Sharpe's Werke über die *British Peerage* vom Jahre 1833 angegeben findet, genau durchging, gelangte er zu dem Endresultate, dass, wenn unter 10 mit Knaben zugleich geborenen Frauen eine unfruchtbar bleibt, dies die Durchschnittszahl der unfruchtbaren Ehen überhaupt durchaus nicht übersteige. Um jedoch die aus diesen Untersuchungen sich ergebenden Schlussfolgerungen noch fester zu begründen, ist er bemüht, das Verhältniss der *durchschnittlichen Fruchtbarkeit der Ehen* überhaupt zu jener der mit Knaben zugleich geborenen Frauen zu ermitteln. Zu diesem Zwecke addirte er die von 94 solchen Frauen geborenen Kinder, und bekam die Zahl 409, also $4^2/_{10}$ Kinder auf jede einzelne Ehe. In 15 von diesen 94 Fällen hatte die Mutter aber erst 1 Kind geboren, indem sie entweder erst 1—2 Jahre verheirathet oder das Kind ein uneheliches war. Zieht man daher diese 15 Fälle ab, so kommen $4^6/_{10}$ Kinder auf solch' eine Ehe, ein Verhältniss, welches mit dem Durchschnitte der Fruchtbarkeit der Ehen überhaupt, der von Benoiston de Châteauneuf im südlichen Europa auf $4^1/_2$, im nördlichen auf $4^3/_{10}$, und von Farre in England auf $4^2/_{10}$ angegeben wird, fast ganz übereinstimmt. Aus allen diesen Thatsachen ergibt sich also, dass mit Knaben geborene Mädchen eben so gegründete Aussicht auf Kinder haben und im Ehestande im Durchschnitte eben so fruchtbar sind, als alle übrigen, dass der Volksglaube an ihre Unfruchtbarkeit also ungegründet sei. Die unter den gegebenen Umständen fast regelmässig vorkommende Unfruchtbarkeit beim Rinde ist um so merkwürdiger, als der fragliche Umstand immer nur das weibliche Kalb betrifft, und als, wenn die Zwillingskälber gleichen Geschlechtes sind, beide gut gebildete Genitalien und Fortpflanzungsfähigkeit besitzen. — In einer Nach-

schrift bemerkt der (ungenannte) Übersetzer, dass erfahrene Metzger und Landwirthe sich keines Falles erinnern, wo eine Kuh aus dem in Rede stehenden Grunde unfruchtbar gewesen wäre, und dass nicht nur unter den angegebenen Umständen geworfene Schafe, sondern auch Ziegen (gemeine sowohl als Angora- und Kirghisische) sich eben so gut wie andere zur Fortpflanzung eignen.

Über **Krankheiten des Uterushalses,** bei denen, so wie bei jenen Arten des *Fluor albus*, welche auf die Constitution bedeutend einwirken, Albers (C. Rh. 5) eine *besondere Theilnahme der Ovarien und Tuben* beobachtet haben will, haben wir Folgendes mitzutheilen: Zu einer *Anschoppung* (engorgement), bei welcher sich das Collum ungleich, deform, und die vordere Lippe mit einigen weisslichen Granulationen besetzt vorfand, gesellte sich nach Gourard's Mittheilung (G. H. 14) bei einer 45jährigen Frau, die seit 2 Jahren an Anomalien der Periode, seit 3 Wochen fortwährend an mit einander abwechselnden blutigen und weissen Ausflüssen und seit einiger Zeit an lancinirenden Schmerzen in der Gegend des Gebärmutterhalses litt, eine *Intermittens* eigener Art, die mit Chinin fruchtlos durch 9 Tage behandelt wurde, aber mit dem durch Kauterisationen mit Nitras argenti geheilten Engorgement zugleich verschwand. — *Granulationen der Vaginalportion* beobachtete Docent Dr. Kiwisch Ritter von Rotterau auf seiner Klinik für Frauenkrankheiten im Krankenhause zu Prag (Jb. Ö. 1. p. 85) als häufige Complication der Gebärmutter-Blennorrhoee. Meist eines specifischen Ursprunges verdächtig, manchmal mit Excoriationen und seichten Geschwürchen vergesellschaftet, stellten sie sich als Silbergroschen- bis Kreutzerstück-grosse, dunkelrothe, mit Stecknadelkopf-grossen Erhöhungen besetzte Stellen dar, die von den sie umgebenden blassen Partien scharf abstachen, gewöhnlich um den Muttermund sassen, manchmal jedoch auch sich tiefer in denselben hinein erstreckten und ausser einer mässigen blennorrhoischen Excretion keine anderweitigen quälenden Erscheinungen darboten. Waren sie, wie es häufig geschah, mit Anschoppung des Uterus verbunden, so waren die Symptome dieser die vorwaltenden. Die *Behandlung* bestand in wiederholten Kauterisationen mit Nitras argenti und mercurii und nachfolgenden lauen Wasserinjectionen, wobei K. bemerkt, dass zwischen je 2 Ätzungen wenigstens 5 bis 8 Tage verfliessen müssen, indem erst in dieser Zeit die Spuren der früheren Kauterisation zu verschwinden pflegen. Zur Nachcur dienten adstringirende Einspritzungen.

Einen *fibrinösen* **Uteruspolypen** von seltener Grösse beobachtete Derselbe (l. c. p. 86) ebenfalls auf seiner Klinik bei einem 20 Jahre alten, kräftigen Mädchen, das alle Erscheinungen eines drohenden

Abortus im 3ten Schwangerschaftsmonate darbot. Pat. litt seit 10 Tagen an starker Metrorrhagie unter heftigen Kreutzschmerzen und Fiebererscheinungen, der Uterus war faustgross und aus dem thalergross eröffneten Muttermunde ragte ein hühnereigrosser, elastischer, glatter Körper hervor, den man mit dem Finger bis in die Uterushöhle verfolgen konnte, wo er sich mit seinem Stiele einpflanzte. Der Körper wurde zwischen 2 Finger gefasst und so hoch als möglich abgerissen. Er stellte sich als ein hühnereigrosser, birnförmiger Körper dar, dessen äusserste Schichte aus weisser Blutfibrine, das Innere aus festem dunklen Blutcoagulum gebildet war. Der ziemlich zähe Stiel bestand ganz aus Fibrine. Nach einigen kalten Wasserinjectionen stand die Blutung still und in 8 Tagen wurde Pat. genesen entlassen. Die Ursprungsstelle solcher Polypen, die in geringerer Grösse nicht so gar selten vorkommen, ist nach K. meist der Grund der Gebärmutter, woselbst das ausgeschwitzte Blut, wenn es zufällig mehr fibrinhältig ist, coagulirt und mit der Uteruswand eine organische Verbindung der niedersten Art eingeht. Diese Polypen hält K. übrigens für jene, die vom Uterus am leichtesten selbstthätig ausgestossen werden und so eine Naturheilung zulassen, und welche man oft für sogenannte Blutmolen gehalten haben mag (Vgl. Vj. Prag. 1844. 1. Quart. p. 136. 2. Fall).

Von **Dislocationen des Uterus** theilt Derselbe (Jb. Ö. 2. p. 217) einen *Fall von Rückwärtsbeugung* mit, entstanden in Folge einer Cystenentartung, wahrscheinlich des linken Ovariums bei Gelegenheit einer Körperanstrengung und besonders interessant wegen der dabei Statt gefundenen *Naturheilung.* Hartnäckige Stuhlverstopfung, Ischurie, heftige Peritonitis und Metritis mit Metrorrhagie waren die nächsten Folgen, die endlich nach 16tägiger Krankheitsdauer, allen Heilversuchen trotzend, einen sehr gefahrdrohenden Grad von Heftigkeit erreichten. Kaum 1 Zoll tief eingeführt, stiess der Finger schon auf den sehr tief stehenden Gebärmutterkörper, und im Rectum entdeckte man deutlich über dem Uterus einen zweiten voluminöseren, elastischen Körper, der unbeweglich war und den Uterus in seiner normwidrigen Lage festbannte. Nach einer in der Nacht am 22. Juni plötzlich eingetretenen starken Entleerung einer eiweissartigen, zähen, nur zum Theil eitrigen Flüssigkeit aus dem After mit rascher Erleichterung der Schmerzen und nachfolgender profuser Stuhlentleerung in Folge der gebrauchten Purganzen fand man den Uterus wider alles Vermuthen in der normalen Stellung, und die den Mastdarm comprimirende, elastische Geschwulst fast ganz zusammengefallen. Mit der Spitze des tief eingeführten Fingers fühlte man in der vorderen Wand des Mastdarmes eine narbige Vertiefung, die mit jener Geschwulst communicirte. Die rasche Besserung fand somit

in der selbständigen Berstung und Entleerung der die Dislocation bedingenden Cyste ihre Erklärung, was um so mehr anzunehmen, als die Kranke schon vor 2 Jahren ein ähnlich verlaufendes Leiden überstanden hatte. — Bei *Prolapsus uteri* bedient sich *Derselbe* (l. c. S. 218) zur Zurückhaltung des reponirten Organes eines wohl schon von manchen Seiten versuchten, von ihm aber modificirten *bruchbandähnlichen Apparates*, dem er den Vorzug vor allen übrigen mechanischen Mitteln zuschreibt. Er besteht aus 2 Theilen: einem bruchbandähnlichen mit einer Feder versehenen, dessen Pelotte genau über den Schambeinen zu ruhen kommt, und einem halbkreisförmig geformten Metallstabe, an dessen einem Ende, welches in die Genitalien eingeführt wird, ein birnförmiger, etwas abgeplatteter, concav-convexer Knopf von Ebenholz angeschraubt wird, und dessen zweites Ende mittelst eines an der Pelotte befestigten Ringes, der eine Stellschraube enthält, in beliebiger Höhe befestiget werden kann. Der die Stelle eines Pessariums vertretende Knopf ist so klein und sorgfältig abgerundet, dass er leicht eingeführt und in den Genitalien ohne Nachtheil verweilen kann. Nöthigenfalls kann man an seinem oberen, breiteren, zu diesem Behufe mit einigen kleinen Löchern versehenen Theile eine beliebige Schichte weichen Schwammes anbringen. Die Krümmung des Stabes ist eine solche, dass sie sich genau den Genitalien anschmiegt, ohne sie zu drücken, und dass der in der Scheide liegende Schenkel genau in die Führungslinie des Beckens zu liegen kommt. Dieser Apparat bewirkt (wovon sich Ref. selbst zu überzeugen bereits Gelegenheit hatte) nach einiger Angewöhnung keine besondere Unbequemlichkeit, kann von der Kranken selbst leicht an- und abgelegt werden, ist leicht rein zu erhalten, hindert weder im Gehen noch Sitzen und erhält den Uterus in einer angemessen unveränderlichen Lage.

Die **Blennorrhoee des Uterus** kam unter den im Sommersemester des Studienjahres 1843 auf der Klinik Desselben (Jb. Ö. 1. S. 83) beobachteten Krankheitsformen nicht nur am häufigsten vor, sondern zeigte auch hinsichtlich ihres Charakters und ihrer prognostischen Bedeutung die meisten Verschiedenheiten. Sie trat bald als einfacher *Uterinalkatarrh* mit schleimig-glasartigem Secrete, bald als heftiger Eiterfluss mit intensiver *Metritis* auf, oder sie stellte sich als profuse lymphatische Secretion bei *chronischer Endometritis puerperalis*, oder endlich, besonders bei Chlorotischen, bei Lustdirnen und bei chronischer Anschoppung des Uterus, als eine *einfache Hypersecretion* mit dünnflüssigem, eiweissartigem Producte dar, sich übrigens entweder auf den Gebärmutterhals beschränkend, oder mehr weniger auf die ganze Innenfläche des

Uterus ausbreitend. Letztere Form war in 2 Fällen ausgezeichnet durch die in Paroxysmen auftretenden heftigen Schmerzen in Folge der wehenartigen Contractionen des Uterus zur Ausstossung des in seiner Höhle angesammelten zähen Secretes. In einem dieser Fälle hatte man Gelegenheit, durch das Speculum zu beobachten, wie sich momentan aus dem Muttermunde eine eiterartige, alkalisch reagirende, zähe Flüssigkeit in solcher Menge entleerte, dass es unbegreiflich schien, wie ein jungfräulicher Uterus in wenigen Augenblicken so viel formirten Secretes liefern konnte. In diesem Falle hatte die Blennorrhoee mit allen Erscheinungen der Metritis begonnen und insbesondere war die dunkelblau-rothe Färbung der Vaginalportion und ihre Schwellung auffallend. Bezüglich der *Behandlung*, welche verschieden war nach dem Charakter der Krankheit und der Individualität der Kranken, theilt K. einige bemerkenswerthe Erfahrungen mit über das *topische* Verfahren gegen die chronische Form, nämlich über die Kauterisation, Injectionen und die Tamponade. Die *Kauterisation* ist streng genommen nur in jenen Fällen angezeigt, wo der Sitz der Krankheit in den dem Kauterium zugängigen Theilen ist. Nichts desto weniger jedoch wurde die Erfahrung gewonnen, dass auch in jenen Fällen, wo der Sitz der abnormen Secretion weiter oben in der Uterushöhle ist, die Kauterisation der oberflächlichen Theile der Vaginalportion eine wohlthätige Umstimmung des ganzen kranken Organes mit Verminderung und Besserung des Secretes zur Folge hatte. Angewendet wurde als Kausticum sowohl *Nitras argenti* als *mercurii* und man machte die Beobachtung, dass letzteres Mittel nicht so leicht Congestion gegen den Uterus und Blutung verursache, überhaupt weniger aufregend wirke, als ersteres. — Die *Injectionen* in den Uterus und die Tamponirung seiner Höhle sind nur bei klaffendem Muttermunde und leicht durchgängigem Halse anwendbar und selbst da manchmal schwierig auszuführen und schmerzhaft. Wo sie jedoch gestattet und ausführbar sind, haben Injectionen einer mässig concentrirten Lösung des Nitras argenti oder mercurii, oder auch des Jods oft einen entschieden guten Erfolg. K. bedient sich dazu kleiner Glasspritzen mit langen, feinen Ansatzröhren. Das Rohr wird durch den Spiegel so tief als möglich in den Uterus eingeführt und unter dasselbe etwas Charpie zum Schutze der gesunden Theile eingelegt. Das Einspritzen selbst hat allmälig und ohne alle Gewalt zu geschehen. Hat man die Einwirkung des Medicamentes einige Zeit abgewartet, so wird dasselbe durch Zurückziehen des Stempels zum Theile wieder aufgesaugt und endlich durch das Ansetzen einer etwas grösseren, mit lauem Wasser gefüllten Spritze an das liegen bleibende Rohr weggespült. — Die *Tamponirung* des Uterus hat den Zweck, durch Einführung eines elastischen,

porösen Körpers in das Collum, das pathologische Secret zum Theil aufzusaugen, die Vitalität des kranken Organes umzustimmen und durch unmittelbare Application medicamentöser Körper auf die Secretionsfläche direct einzuwirken. K. bedient sich dazu einer gewöhnlichen dünnen, mit gekrämpelter Baumwolle umwundenen und nöthigen Falles in eine Lösung von Nitras mercurii getauchten Wachsbougie. Durch das Speculum wird dieser Tampon in den Muttermund so tief als möglich eingeschoben und dort, wo er vertragen wird, mehrere Stunden liegen gelassen, wobei übrigens zu bemerken, dass die Anlegung des Tampones nicht immer durch längere Zeit möglich ist und dass wehenartige Schmerzen zu seiner Wegnahme nöthigen. Dessenungeachtet sah K. selbst nach einer kurzen Anwendung desselben eine rasche Umänderung des Secretes erfolgen, welche durch andere Mittel zu bewirken nicht gelang.

Dass **Hydro-** *und* **Physometra** *ausserhalb der Schwangerschaft* nicht nur mögliche, sondern, wenn auch selten, wirklich vorkommende Krankheiten sind, beweist Tessier in Lyon (G. 1. p. 1) gegen Stoltz und Naegele durch folgenden Fall. Eine 43 Jahre alte Frau litt seit 15 Jahren an Leukorrhoee, seit 2 $1/2$ Monat an Amenorrhoee, Schmerzen im Hypogastrium und in den Weichen, an hysterischen Anfällen und bot bei der Aufnahme eine Anschoppung des Körpers und des Halses des Uterus dar. Einen Monat später fing unter Verminderung des Ausflusses der Bauch an zu wachsen, weshalb sich Pat. schwanger wähnte. Der Uterus bildete eine ansehnliche Geschwulst, reichte, nachdem die Regeln über 6 Monate ausgeblieben waren, fast bis zum Nabel, war jedoch leicht und tönte unter dem Plessimeter tympanitisch. Darauf und auf das Fehlen des Foetalpulses und Placentargeräusches gestützt, supponirte T. einen Tympanites uteri, trotzdem die Frau selbst Fruchtbewegungen zu fühlen glaubte. Plötzlich wird Pat. eines Abends von wehenartigen Schmerzen befallen, gefolgt vom Abgange einer grossen Menge stinkenden Gases durch die Vagina, worauf der Bauch zusammenfiel. Es ging übrigens weder ein Coagulum ab, noch eine Mole oder ein anderer Körper, dessen etwaige Fäulniss die Ursache der Gasbildung hätte sein können. Diese Ansammlung und Entleerung wiederholte sich seitdem öfter. — Die von Stoltz und Naegele gegen die Möglichkeit dieser Krankheiten gemachten *Einwürfe* widerlegt T. folgendermassen: 1) Daraus, das der *Uterus nicht von einer serösen, sondern von einer mucösen Haut ausgekleidet sei*, folgt nicht, dass seine Höhle nicht der Sitz einer Wasseransammlung werden könne. Denn das Wort Hydrometra will ja nicht eben eine Ansammlung von Serum im strengsten Sinne des Wortes, sondern von wässriger Flüssigkeit überhaupt bezeichnen. Nun ist es aber bekannt, dass auch der Schleim

unter gewissen Umständen die Eigenschaften eines limpiden, wasserähnlichen Fluidums annehmen kann. So sind die Sinus maxillares und frontales, obwohl mit Schleimhaut ausgekleidet, manchmal der Sitz hydropischer Ansammlungen; so secernirt die Schneideriana in der Kälte ein wasserähnliches Fluidum, obwohl sie eine Mucosa ist; so sah Dr. Paul Brun Wasser in grosser Menge, ohne genommene Klystire, aus dem Rectum abgehen, zum Beweise (wenn es sichergestellt, dass das Fluidum nicht wo anders her in den Mastdarm gelangte, Ref.), dass auch die Mucosa gastro-intestinalis ein wasserähnliches Secret liefern könne. Bezüglich der Physometra hat dieser Einwurf um so weniger Geltung, als es allbekannt ist, dass die Schleimhäute sehr oft die Quelle gasförmiger Secrete sind, wie z. B. im Darmcanale. Ja selbst aus der Harnblase sah S. in einem Falle bei jedesmaligem Katheterisiren Luft abgehen. — 2) Dass *das fibröse und musculöse Gewebe des Uterus der durch die seröse Ansammlung zu bewirkenden Ausdehnung eine unbezwingbare Resistenz entgegensetze,* wird durch die Schwangerschaft widerlegt, bei welcher ja ein Gleiches stattfindet. 3) Dass *der Muttermund den Ausfluss des Contentums nicht verhindern könne,* ist allerdings ein gewichtiger Einwurf, zumal letzteres in keinem eigenen Sacke eingeschlossen ist. Allein Sandifort, Paul Portal, Vogelmann, Martin jun., Schmitt, Galopin u. A. erzählen Fälle von zufälliger Obliteration des Os uteri, und Stoltz und Naegele selbst haben Fälle von durch Agglutination des Muttermundes erschwerter Geburt bekannt gemacht. Es unterliegt heutzutage keinem Zweifel mehr, dass das Os unter gewissen Umständen geschlossen sein könne, sei es durch Krampf, verdickten Schleim, ein Coagulum oder durch Pseudomembranen. — Nach H. Blatin und V. Nivet (G. H. 15. — Journal des découvertes et des travaux pratiques importants. Decemb. 1843) verhindern bei Hydrometra den Abfluss des Fluidums, — welches entweder farblos, limpid, wasserähnlich, oder blutig, harnähnlich, safrangelb ist, oder manchmal sogar ein schlammiges, braunes, Kaffee- oder Oelsatz ähnliches und, wenn es überhaupt gefärbt, gewöhnlich stinkendes Wasser darstellt, — Induration und Obliteration des Collum, oedematöse Anschwellung der Muttermundslippen, fungöse Excrescenzen, verschiedene Geschwülste, Polypen, Pseudomembranen, verdichteten Schleim, Skirrhus, Anschoppung, Encephaloiden, Tuberkeln, vielleicht auch varicöse Beschaffenheit und spastische Verengerung des Uterushalses und Obliteration des oberen Theiles der Vagina. Die Limpidität und Durchsichtigkeit der Flüssigkeit sollen übrigens fast immer mit der Abwesenheit organischer Veränderungen des Uterus zusammenfallen. B. und N. unter-

scheiden die Krankheit, deren aetiologisches Dunkel sie übrigens ebenfalls nicht aufzuhellen vermögen, in eine *continua* und *intermittens*, unter letzterer jene Form verstehend, wo sich zu einer gewissen Zeit entweder spontan oder nach irgend einer Körperanstrengung Entleerung und Verminderung des Volumens des Uterus, welcher abermals eine neue Ansammlung folgt u. s. w., einstellt. Bei ersterer kann beim Husten, Drängen und bei anderen Erschütterungen ebenfalls ein Ausfluss Statt finden, der dann bald langsam, bald rapid erfolgt und, wie die durch den Katheter oder die Punction des Uterus bewirkte Entleerung, sogar radicale Heilung zur Folge haben kann. Die *Behandlung* hat die Ursachen zu berücksichtigen. Bei spasmodischer Verengerung des Collum sind laue Bäder, narkotische Injectionen, Belladonnasalbe, die aufsteigende Douche; bei entzündlicher Anschwellung der Muttermundslippen Antiphlogistica, und nachher Sternutatoria, Emetica, oder Secale cornutum angezeigt; bei organischen Uteruskrankheiten die zu wählenden Mittel diesen anzupassen und der Katheterismus und die Punction des Uterus als die extremsten Mittel anzusehen.

Eine **Menstruatio per anum** beobachtete Dr. Grosskopf (W. Ö. 10) bei einer Frau von kräftiger Constitution, bei welcher um das 30. Lebensjahr die vom 16. Jahre an stets regelmässig und reichlich gewesene Reinigung zugleich mit dem Stuhlgange Störungen darzubieten anfing. Letzterer wurde seltener, härter, bisweilen mit Blut gemischt und ging unter kolikähnlichen Schmerzen ab, während erstere bald zu früh, bald zu spät eintrat und sparsamer, dünn und weniger roth gefärbt floss. Das Allgemeinbefinden war dabei wenig getrübt. Zwei Jahre später cessirten die Menstruen ganz, und nun wurde der schon seit 2 Jahren alle 4 Wochen mit der Menstruation sich einstellende und mit ihrer Abnahme stets zunehmende Blutabgang aus dem After so profus, dass er einem wahren Blutsturze ähnelte. Er dauerte Anfangs einen, später regelmässig 4—5 Tage, und als Vorboten desselben erschienen Jucken und Brennen im After, ein Gefühl von Völle und Schwere in demselben, schwere Beweglichkeit der unteren Extremitäten. Die beiden ersteren Symptome schwanden mit Beginn des Blutflusses sogleich, letzteres erst nach längerer Dauer desselben. Stuhlgang erfolgte immer nur einmal in 3 bis 5 Tagen. Die Anwesenheit von Haemorrhoidalknoten verneinte Pat., die übrigens eine Untersuchung des Mastdarmes nicht gestattete. Erst nachdem der Blutfluss so heftig geworden, dass er die Kräfte zu erschöpfen drohte, unterzog sich Pat. einer geregelten Behandlung und G. wählte den *Marienbader Kreutz-*

brunnen, der ihm bereits in mehreren Fällen von Menstruationsanomalien, besonders wenn sie durch Anschoppungen im Unterleibe und durch Schwäche der Verdauung bedingt waren, herrliche Dienste geleistet hatte. Schon 14 Tage nach begonnener Kur wurde der Stuhlgang regelmässig und enthielt kein Blut mehr, nach etwa 4 Wochen zeigte sich die Reinigung wieder zum ersten Male auf normalem Wege und nach Verbrauch von 60 Krügen war die vollkommene Normalität der Menses und Stuhlentleerungen hergestellt. Die Frau erfreut sich seither (seit August 1841) einer blühenden Gesundheit. — **Metrorrhagie** unter den Erscheinungen der *Metritis haemorrhagica* beobachtete Dr. Kiwisch v. R. (Jb. Ö. 1. p. 85) auf seiner Klinik in der obbenannten Zeit 4mal. Diese Krankheitsform, bei welcher die Erscheinungen der Entzündung und der Blutung zugleich debutiren, ist besonders in therapeutischer Beziehung wichtig, da bei ihr, wenigstens im Beginne, alle sogenannten Blutstillungsmittel contraindicirt sind, dagegen die rigoröse Antiphlogose als wichtigstes Heilmittel erscheint. Die grösste Neigung zur haemorrhagischen Entzündung hat der Uterus in jener Zeit, wo er die physiologische Function der blutigen Ausscheidung eingegangen ist, somit zur Zeit der Menstruation und des Wochenbettes. Es reichen dann oft geringfügige constitutionelle oder örtliche Eingriffe hin, die natürliche Congestion zur entzündlichen Stase zu steigern. Am häufigsten kommt diese Krankheit nach Abortus und bei Freudenmädchen nach Ausschweifungen zur Zeit der Menstruation vor, und partielle Peritonitis und Oophoritis sind ihre gewöhnlichen Begleiter. Nach längerer Dauer der Krankheit, zumal bei beträchtlicher Blutung, schwinden nach und nach die activen Erscheinungen der Entzündung, es tritt das atonische Stadium mit dünnflüssiger Blutexcretion ein und nun ist die Blutstillung Hauptanzeige. Dieser entsprach in 2 Fällen das *Tannin* mit *Opium* nach Dumar's Methode mit raschem Erfolge. — Mehrere während der im Jahre 1843 herrschenden Skorbutepidemie vorgekommene *Metrorrhagien skorbutischen Ursprunges bei Wöchnerinnen* (l. c. p. 86) konnten erst nach Besserung des allgemeinen Blutleidens gestillt werden. — In Fällen von *passiver Metrorrhagie* überhaupt und von *excessiver Menstruation* insbesondere fand Kreisphysicus D. Lange in Preussisch-Holland (Zg. Pr. 2), selbst dort, wo Acida, China, Alaun u. dgl. fruchtlos blieben, *Thlaspi bursa pastoris* sehr wirksam. Er liess eine halbe Hand voll der ganzen Pflanze mit 3 Tassen Wasser bis auf 2 einkochen und eine Tasse auf einmal trinken. Selten soll die 2. Tasse nöthig geworden sein. Bei *Menorrhagie* wurde durch dieses Mittel, beim Beginn des Blutabganges gereicht, der zu reichliche Erguss verhütet, und war es bei 2—3 Menstrualepochen angewendet worden, so ging bei der folgenden nur die

normale Menge Blutes ab. Nachtheile sah L. von diesem Mittel, das er übrigens bis jetzt bei Mädchen noch nie angewendet, keine.

Über die *Radicaloperation des* **Hydrovariums** von Ollenroth (vgl. Vj. Prag. 1844. 1. Quart. Anal. p. 127 u. s. f.) berichtete Dr. R. v. Eisenstein in einer Versammlung der Wiener Ärzte (V. p. 128), dass Hrn. O. in Ischl und in Wien 2 Fälle von *fächeriger* und *skirrhöser* Eierstockwassersucht, die nach seiner Methode ebenfalls heilbar sein sollen, zur Behandlung vorgestellt wurden. Im ersteren Falle operirte er und beschuldigte die fächerige Beschaffenheit des kranken Ovariums als Ursache des schnell tödtlichen Ausganges, im zweiten aber versagte er die Operation, die Krankheit für skirrhösen Hydrops erklärend. Zu diesen offenbaren Widersprüchen findet v. E. noch einen dritten in dem Falle, in welchem O. bei freier Bauchwassersucht einen Troicar einführte und die Canüle 23 Tage — bis zum Tode der Pat. — liegen liess, während er vorher behauptet, der Eintritt von Luft, Flüssigkeit u. dgl. in die Bauchhöhle sei sorgfältig zu vermeiden. Während v. E. die Aufmerksamkeit der Anwesenden bei dieser Gelegenheit auf Schwabe's Methode (vgl. Vj. Prag. 1844. 1. Quart. Anal. p. 130) lenkte, erzählten Dr. Hager, v. Bischoff und Sterz sen. Fälle, in denen die Punction durch die Bauchwand offenbar den Tod zur Folge hatte, obgleich Ersterer auch einmal diese Operation mit so gutem Erfolge verrichtete, dass er die Operirte einige Jahre später noch als genesen sah. Fälle, in denen Platzen des kranken Ovariums und Naturheilung Statt fand, beobachtete Dr. Hager und Seibert, und Dr. Güntner kennt einen Fall von spontaner Heilung bei einem 30 Jahre bestandenen ausgedehnten Hydrops ovarii sinistri, in welchem die Section das rechte degenerirt und das linke von der Grösse einer Wallnuss, und mit brauner, schmieriger Masse gefüllt darbot. Hydrops ovarii geringeren Grades sah Dr. v. Dumreicher heilen unter dem Gebrauche von Jodkali, Bädern und Kataplasmen, während Fälle von Heilung nach einem bedeutenden einmaligen oder allmäligen Abgange von Flüssigkeit durch die Scheide Dr. v. Bischoff und v. Eisenstein anführten, wobei Dr. Hager an eine mögliche Verwechslung mit Hydrometra erinnerte, und Dr. Sterz hinzufügte, dass er eben eine noch menstruirende Kranke behandle, bei welcher von Zeit zu Zeit über ein Seidel dicklichem Albumen ähnliche Flüssigkeit per vaginam abgehe. Nachdem endlich Dr. v. Dumreicher berichtet hatte, dass bei der von O. in Ischl operirten und wenige Tage darauf an Peritonitis verstorbenen Patientin die Section einen Hydrops ovarii von so ungeheuerer Ausdehnung ergeben habe, dass die eiternde Oberfläche des Ovariums an 4 Fuss Fläche betrug, so dass dabei die Kräfte offenbar erliegen mussten, fasste Dr. Güntner als Resultat der ge-

sammten Discussionen zusammen: *dass O's. Methode weder neu noch sicher sei, sein Fall nicht allein dastehe und keine Cynosur für andere Methoden abgebe; dass Heilung durch die Operation nur dann erwartet werden könne, wenn der Hydrops einfach und von geringerer Ausdehnung sei und wenn zugleich die Secretion in dem Sacke dauernd aufhöre, und dass endlich die bekannten nicht wenigen spontanen Heilungen mit der Operation nicht zu sehr zu eilen auffordern.*

Einen Fall von **Polymastie** beobachtete Dr. Dixon (G. 8. p. 125. — The Lancet) bei einer 44 Jahre alten Mutter von 8 Kindern. In der Mitte jeder *Achselhöhle* sass eine eigrosse, rechts etwas grössere, drüsenartig anzufühlende, $1\frac{1}{2}$—2 Linien vorspringende, mit kleinen, unregelmässigen, beim Drucke Milch entleerenden Hervorragungen besetzte, aber mit keiner Areola versehene Geschwulst, welche die Frau erst bei der Geburt des 2. Kindes bemerkt hatte. Bei den folgenden Schwangerschaften schwollen diese Geschwülste proportionel mit den Brüsten an, behielten während der Periode des Stillens gleiches Volumen von der Grösse einer Haselnuss. — Über das **Puerperalfieber** entnehmen wir einem Aufsatze Bouchut's in Paris (G. 6. p. 85. 7. p. 101. 10. p. 149) Folgendes: Indem er den alljährlich auch im Pariser Gebärhause herrschenden Epidemien nur die ihre Erscheinung umhüllende und ihre Entwickelung begleitende Dunkelheit als einzigen gemeinschaftlichen Charakter zuschreibt, stellt er den Hypothesen über die *localen Entstehungsbedingungen*, die einige als unumgänglich nothwendig erklärt haben, die Thatsache entgegen, dass in der vorjährigen äusserst heftigen Epidemie, in welcher der Tod manchmal 2—3 Stunden, bei einigen wenige Minuten nach der Geburt, ja sogar während der 5. Geburtsperiode selbst eintrat, unter 54 im Hospital Neckar Aufgenommenen, wovon 25 starben, 36 in der Maternité, 2 im Spitale der Kliniken, 16 aber zu Hause entbunden worden waren. Am *heftigsten* war die Epidemie in den Monaten Jäner, Februar, März und April, in denen die Temperatur niedrig und feucht war; dann nahm sie ab, um im August wieder zu recrudesciren und bis Ende December anzuhalten. Unter den Befallenen waren die Mehrzahl Mehrgebärende. Was die *anatomischen Veränderungen* anbelangt, so wurde unter den 54 Fällen *Peritonitis* 12 (3^{mal} einfach, 9^{mal} mit Affectionen anderer Organe combinirt), *Metritis* 10, *Oophoritis* 5, *Entzündung der Ligamenta lata* 7, *Eiter in den Tuben* 2, *Tumores der Fossa iliaca oder des unteren Beckens* — deren Sitz nicht genau bestimmt werden konnte, und die theils durch Zertheilung (2^{mal}), theils durch Suppuration und Entleerung nach aussen (3^{mal} per rectum, 3^{mal} per vesicam, 1^{mal} durch die Bauchdecken über der Schamfuge) verschwanden — 9, *Ulcerationen der Mucosa des Darmcana-*

les 3 (worunter 1mal ausserhalb der Plaques, 2mal in den letzteren selbst). *Suppuration der Unterleibsvenen* 2, *Obliteration der Venen durch Coagula* 8 (jener der unteren Extremitäten 6, der oberen, des Kopfes und der Sinus der rechten Seite desselben 1, der Pfortader 1mal), *Eiter in den Lymphgefässen* 3, im Ductus thoracicus kein, *acute Cystitis* mehrere, *Pneumonie* 13 (worunter 3mal *lobuläre*), *Lungenapoplexie* aus Obliteration der Lungenvenen 1, *Lungentuberculose* 1, purulente *Pleuritis* 8, *Encephalitis acuta* 2, *Arachnitis* 1, *Muskelabscesse* 2, *diffuse Phlegmone* der Gliedmassen mit Eiterung 1, ohne Eiterung 2, des Zellgewebes des unteren Beckens 3, *Vereiterung der Gelenke* (am häufigsten des Kniegelenkes) 8mal beobachtet. In allen Fällen von Gelenksentzündung blieb Ankylose und in den 2 Fällen von Hüftgelenksentzündung Luxatio spontanea femoris zurück. — Als eine besondere Schwierigkeit der *Diagnose der Oophoritis* hebt B. hervor, dass das entzündete Ovarium mit der Nachbarschaft Adhaerenzen eingeht und seine Beweglichkeit verliert. Ist nun der Uterus schon so verkleinert, dass das Ovarium in's untere Becken zu liegen kommt, so kann man die von demselben gebildete unbewegliche Geschwulst für einen Abscess der breiten Bänder, ist er aber noch gross, so dass das Ovarium die Fossa illiaca occupirt, für einen Abscess dieser Region halten. — Die *Diarrhoee* ist nicht immer Folge materieller Veränderungen des Darmcanales; ist sie jedoch hervorstechendes Symptom, so findet man typhusähnliche Veränderungen und manchmal isolirte Entzündung und Ulceration der die Plaques umgebenden Schleimhaut. Die *Venen* anlangend, so wurde Phlebitis purulenta, in der Maternité eine der häufigsten Erscheinungen, im Neckarsp. nur selten, hier dagegen öfter eine minder gefährliche Affection der Venen beobachtet, die man als eine *Phlebitis eigenthümlicher Art* betrachten kann, die nicht in Suppuration endet, sondern bei welcher das Blut in den Venen stockt, Coagula bildet und Oedem der betreffenden Gliedmasse erzeugt. Diese Phlebitis (die *adhaesiva auctorum*) hält B. für den Grund der *Phlegmasia alba dolens*. — *Eiter in den Lymphgefässen* kam in der Maternité sehr häufig, im Neckarspitale nur selten vor. Bei einer während der 5. Geburtsperiode plötzlich, und bei vielen 2—4 Stunden nach der Geburt Verstorbenen fand man diese Erscheinung, ein Beweis, dass das *Puerperalfieber schon vor der Geburt* bestehen könne. Die Lymphgefässe schienen übrigens in diesen Fällen einen eigenthümlichen Charakter zu haben; denn sie waren wenig ausgedehnt, ziemlich gespannt, ohne Schlängelungen und Anschwellungen, sehr ähnlich dünnen Nervenfäden, von denen sie nur dadurch zu unterscheiden waren, dass man beim Streifen eine eiterartige Flüssigkeit darin circuliren sah, was es

wahrscheinlich macht, dass man in jenen Fällen, wo die Section nichts ergab, diese Affection übersehen haben könne. — Das *Blut* zeigte sich im Cadaver ganz flüssig, blassröthlich, manchmal bräunlich, die Gefässwände wenig färbend; von Lebenden genommen, bildete es ein kleines, weiches, leicht zerdrückbares Coagulum und manchmal eine nicht homogene, zerreibliche Kruste. Die Analyse ergab eine Vermehrung des Haematins und eine Verminderung der Fibrine. Unter dem Mikroskope zeigten sich in einem Falle, wo keine Alteration der Organe gefunden wurde, zwischen den normalen rothen Kügelchen eine bedeutende Anzahl grösserer, farbloser, am Umfange gefranster, zu 4—10 gruppirter oder isolirter, zwischen 2 Glasplatten nicht beweglicher Kugeln, um welche die rothen wie das Wasser um eine Insel circulirten. Ihre bedeutende Anzahl, die selbst jene übertraf, welche man nach chirurgischen Operationen bei Eiterresorption beobachtet, liess sie nicht als die gewöhnlichen weissen Kügelchen erscheinen, die isolirt im gesunden Körper vorkommen. Denn während ein Tropfen gesunden Blutes deren höchstens 10—20 zeigt, enthielt ihrer ein Tropfen Puerperalfieberblutes 130—150. Sie sind daher für wahre Eiterkugeln zu halten, und B. glaubt deshalb (mit de Haen, Home und Gendrin) annehmen zu müssen, dass die Blutkügelchen auch ohne vorhergehende Entzündung sich in Eiterkügelchen verwandeln können, dass also das Puerperalfieber als eine *Febris pyogenica* sich beurkunde. Was also die *Natur des Puerperalfiebers* betrifft, so erklärt es B. jenen organischen Veränderungen zufolge für eine Krankheit, welche sich in keinem bestimmten Organe localisiren lasse, sondern eine allgemeine, in einer Alienation des Blutes als einzigem constanten Charakter bestehende Affection darstelle, welche unzählige pathologische Veränderungen der verschiedenartigsten Gewebe herbeiführen könne, denen allen die Tendenz in Suppuration als gemeinschaftlicher Charakter anklebt. Den Grund dieser Alienation des Blutes aber sucht er in den Veränderungen des Organismus während der Schwangerschaft, bestehend in der (von Andral und Piorry nachgewiesenen) Veränderung der Blutmischung und in den Veränderungen der Assimilation und interstitiellen Absorption der Gewebe. — In Betreff der *Aetiologie* ist auch B. nicht im Stande, unserem Wissen, oder vielmehr Nichtwissen, zu Hülfe zu kommen. Die *Contagiosität* läugnend, schreibt auch er in Anbetracht des mit den Veränderungen der Atmosphäre zusammenfallenden Wechsels der Epidemie ersterer einen Einfluss zu, ohne denselben jedoch angeben zu können, und bezüglich der occasionellen Ursachen gelangte auch er zu keinem bestimmten Resultate. Eben so wenig kennt er, da die Varietäten der Krankheit so äusserst verschieden, eine bestimmte *Behandlung* derselben. Er gab

Anfangs Ipecacuanha als Emeticum. War das Fieber gering und ausser Metritis keine Complication vorhanden, so war die Krankheit oft schnell gehoben. Bei heftigerer Krankheit jedoch und bereits bestehender ernsterer Localaffection verschaffte das Mittel, und da nicht immer, höchstens vorübergehende Besserung. Blieb es ohne Erfolg, so gab er Drastica, die ebenfalls manchmal den Zustand zu bessern schienen. Venaesectionen wurden vom Anfange nie gemacht, sondern erst später zur Bekämpfung der Complicationen, wenn sie die Natur, der Sitz und die Heftigkeit derselben erheischten, in welchem Falle dann auch Blutegel in grosser Anzahl angewendet wurden. Bäder wurden besonders bei Entzündung der Uterusanhänge und bei Beckenabscessen in Anwendung gezogen. Einfache Kataplasmen schienen höchstens die Empfindlichkeit zu mildern; allein mit Cicutapulver zu gleichen Theilen gemischt wurden sie in der späteren Periode der Peritonitis mit Nutzen gegeben. Bei Gelenksentzündungen leistete nach den nöthigen Blutentziehungen ein Kataplasma aus Mica panis, Alcoh. camph., Ext. Opii oder Belladonnae und Kampher, welches 8 Tage liegen gelassen wurde, gute Dienste. Mercur innerlich wurde mehr als Purgans gereicht, denn als Specificum. Bei Peritonitis und Metritis als Unguentum angewendet, leistete es keinen sichtlichen Nutzen. Übrigens wurden ausser einmaliger Salivation keine üblen Folgen darnach beobachtet, dasselbe aber auch gleich ausgesetzt, sobald sich Vorläufer des Speichelflusses einstellten. — Dr. Smith (G. H. 20. — Journal des Connaiss. méd.-chir. Fevr. 1844) versichert in der *Behandlung des Puerperalfiebers,* zeitig genug gerufen, von Most's *Methode* (Elix. acid. Hall. 4 Gramm., Laud. liquid. Sydenh. 2 Gramm., alle 3 Stunden 15—25 Tropfen in Gerstenschleim, durch 24 Stunden fortgesetzt) stets guten Erfolg gesehen zu haben. — In einem von Dr. Lumpe in Wien (W. Ö. 12) beobachteten *Falle von Metroperitonitis* mit mässigem Fieber stellte der Zustand nach wenigen Tagen, nachdem bei gelind antiphogistischer Behandlung der Schmerz in der Gegend des Uterus, den Pat. früher bei der leisesten Berührung durch unnatürliche Gebärden als übertrieben heftig angegeben hatte, ganz verschwunden war, das vollkommene Bild einer *Mania puerperalis* dar. Unter der Anwendung von Blutegeln an den Kopf, von Hautreitzen und des Brechweinsteines r. d. innerlich blieb der Zustand einige Tage hindurch ganz unverändert. Bald jedoch trat mit dem Nachlasse der Tobsucht ein drohender Kräfteverfall ein, gegen welchen Roborantia angewendet wurden. Kaum machte sich einiger Erfolg durch erhöhten Turgor, kräftigeren Puls u. s. w. bemerkbar, als auch die maniakischen Anfälle in ihrer früheren Gestalt wiederkehrten, weshalb wieder der Tart. emet. gereicht und die Kräfte durch eine leichte nahrhafte Diät unterstützt

wurden. Von nun an gestaltete sich der Zustand täglich besser, das Bewusstsein kehrte zurück u. s. w., und die Krankheit schien sich schon einem glücklichen Ende zu nähern, als abermals Verschlimmerung eintrat, die Kräfte bei fortbestehendem Appetite täglich mehr sanken, und unter Hinzutritt von Diarrhoee, Oedem der Füsse und einem sehr heftigen einige Tage vorhergehenden Schüttelfroste am 82. Tage der Krankheitsdauer der Tod erfolgte. Die *Section* ergab das *Gehirn und seine Häute normal,* in den die Beckenhöhle auskleidenden Muskeln und Zellgewebe ausgebreitete schlechte Eiterung, im Uterus, der sich bereits zur gewöhnlichen Grösse zurückgebildet hatte, hier und da Spuren vorausgegangener Phlebitis.

Als *primären Sitz* der **Phlegmasia alba dolens** bezeichnet J. R. Marinus (Czg. 9. — Annal. de la sociét. de méd. de Gand) die lymphatischen Gefässe und Drüsen, annehmend, dass die Entzündung sich nur secundär auf das umgebende Zellgewebe, die Venen und Beckenarticulationen verbreite. Die in den entzündeten Lymphgefässen stockende Lymphe zersetze sich und vergifte das Blut, woher intermittirendes hektisches Fieber, Phlebitis, reichliche Schweisse und Harnsedimente. M. empfiehlt besonders örtliche Blutentleerungen, Vorsicht anrathend bezüglich der allgemeinen. — Dr. A. Clemens zu Frankfurt a. M. (J. 2. S. 85) glaubt eine *Phlegmasia alba modificata* oder *spuria* beobachtet zu haben, die sich von der *vera* dadurch unterscheide, dass sie nach deprimirenden Gemüthsaffecten, in schlaffen gedunsenen Constitutionen meist auf leichte Geburten, wo die Beckengefässe vom Kopfe nicht gedrückt wurden, folge, meist jene Extremität befalle,die beim Durchschneiden des Kopfes in eine convulsivisch-zitternde Bewegung gerieth, an den Knöcheln beginne und von da sich nach aufwärts verbreite, von Geschwulst, Schmerz und Fieber in nicht so hohem Grade begleitet werde, wie die vera. Die *Behandlung* sei meist eine örtliche, bestehend in Blutegeln und in Eiterung zu erhaltenden Vesicantien, welche vorzüglich erfolgreich sein sollen. Bei sehr hartnäckiger Geschwulst sollen trockene Schröpfköpfe und trockene Wärme erspriesslich wirken. Erweichende Kataplasmen verwirft er.

Einen *Fall von* **Beckenabscess** in der linken Fossa iliaca, der nach einer künstlichen schwierigen Entbindung entstanden, durch 2malige Punction mit dem Troicart und die geeignete innerliche Behandlung geheilt wurde, theilt Gourard (G. H. 14) mit. — Einen **Typhus abdominalis** *bei einer Wöchnerin*, der in der gastrischen Form mit allen ihren charakteristischen Symptomen begann und unter Anwendung eines Brechmittels, des Sal. ammon. mit Ipecac. und endlich des Kamphers in Genesung endete, beobachtete Prof.

Götz in der Gebäranstalt zu Grätz (Jb. Ö. 2. p. 220) i. J. 1842. Die Reconvalescenz wurde am 21. Tage durch einen *apoplektischen Anfall* unterbrochen, der durch einen schnell unternommenen Aderlass glücklich gehoben wurde.

Über **Puerperalconvulsionen** stellt Dr. Charl. Halpin (Dubl. Journ. Sept. 1843. — N. Bd. 28. n. 19) aus seinen Beobachtungen folgende Schlussfolgerungen auf: Sie befallen am häufigsten Erstgebärende. 2) Das Alter scheint eine prädisponirende Ursache zu sein ($^1/_4$ der Befallenen waren über 28 Jahre). 3) Sie erscheinen oft ohne besondere Vorläufer. 4) Die Kindeslage ist fast immer normal. 5) Sie sind stets sehr gefährlich ($^1/_4$ der Mütter und $^2/_3$ der Kinder gehen zu Grunde). 6) Unverzüglicher Aderlass ist von grösster Wichtigkeit (bei den congestiven Formen allerdings, Ref.), ebenso starke Purganzen und Klystire. 7. Reichen diese Mittel nicht hin die Krankheit zu heben, so muss der Uterus so bald als möglich ohne Gewalteingriff (wie ist das in den ersten Geburtsperioden möglich? Ref.) entleert werden. 8) Oft erfolgt die Geburt natürlich (allerdings; wie steht es aber in den meisten Fällen mit dem Leben des Kindes? Ref.). 9) Wenn nicht, so ist die Zange oder der Hebel (diesen als Geburtsbeschleunigungswerkzeug wählen zu wollen. dürfte doch heutzutage nicht mehr an der Zeit sein! Ref.) der Wendung oder Perforation vorzuziehen (als wenn das so schlechthin vom Belieben des Geburtsarztes abhinge! Ref.). 10) Die pathologischen Veränderungen sind oft gering und stehen in keinem Verhältnisse zu den Symptomen. — In der *Behandlung der Eklampsia puerperalis* sah Cazeaux (E. 11. p. 89. — Annal. de la chirurg. franç. et étrang. Nov. 1843) guten Erfolg von Junot's Ventousen (Haemospasie) (vgl. Vj. Prag. 1844. 2. Quart. Anal. p. 16) in einem Falle, wo trotz allgemeinen und örtlichen Blutentleerungen, Hautreitzen und Purganzen die Anfälle immer heftiger wurden und der Puls keine Blutentleerungen mehr zuliess. Er betrachtet sie als kräftigstes Revulsivum. — Über **Neuralgia abdominalis** *bei Wöchnerinnen, abhängig von einer Irritation des Uterus,* schreibt Dr. Golding Bird (G. 2. p. 24. — The London and Edinburg Monthly Journ. of. medic. science). Unter „Irritation" verstehen die Engländer einen Zustand, bei welchem man Phaenomene entzündlicher Affectionen beobachtet, obgleich die Krankheit von fast entgegengesetzter Natur ist, daher auch eine andere Behandlung erheischt, als die Entzündung. Die Irritation des Uterus entwickelt sich vorzüglich nach Abortus und nach der Geburt, und gibt sich kund durch einen intensiven, über den ganzen Unterleib verbreiteten neuralgischen Schmerz, durch Unterdrückung der Lochien und eine Menge allgemeiner und örtlicher Zufälle, die ein Puerperalfieber vortäuschen. Für die *Anwendung des* **Mutterspiegels**

gibt Lisfranc (XXIII. S. 155) unter andern folgende *Regeln:* 1) Tritt der Spiegel ein, so bildet die Scheidenschleimhaut auf seiner oberen Mündung eine vordere und hintere quer verlaufende Klappe. Steht das Collum nach der rechten oder linken Seite, so verlaufen diese Falten schräg. 2) Zuweilen wird das Collum von einem Wulste der Scheidenschleimhaut maskirt. Man lasse die Frau pressen und drücke gleichzeitig aufwärts auf das Speculum. Die Falten schwinden und das Collum wird frei. 3) Oft schwellen die Muttermundslippen an, werden länger und berühren sich in einer grösseren Ausdehnung, so dass man nicht zwischen selbe sehen kann. Will man nun wissen, ob Geschwüre zwischen ihnen sind, so bringe man eine stumpfe Pincette in den Muttermund und öffne ihn etwas. 4) Bei nach hinten stehendem Collum zieht man das Speculum, sobald es an ersteres angelegt ist, langsam zurück, während der Uterus ihm folgt. Sieht man den Uterus nicht mehr im Spiegel, so hebt man dessen äusseres Ende so viel als möglich empor, so dass es mit der Beckenaxe einen Winkel bildet. Dann drückt man auf den Spiegel aufwärts und nach hinten; sein oberer Theil steigt durch das Herabdrücken des hinteren Theiles der Scheide herauf und wenn er an deren oberes Ende gelangt, so schiebt man ihn etwas nach vorn. Er tritt dann zwischen Scheide und Collum. Hier ist auch die Knieellenbogenlage anwendbar. 5) Steht das Collum nach vorn, so neigt man das äussere Ende des Spiegels so viel als möglich nach hinten. Er gelangt zum hinteren Theile des Uterus. Nun lässt man pressen und wenn der Uterus herabsteigt, so schiebt man den Spiegel aufwärts und gleichzeitig nach vorn. — Dr. v. Kiwisch (Jb. Ö. 1. S. 82) übt bei Schieflagen des Uterus folgenden höchst einfachen Kunstgriff: Es wird nach vorläufiger Untersuchung des Standes der Gebärmutter das Speculum in der Richtung des Muttermundes eingeführt. Ist die Vaginalportion nicht eingetreten, so wird durch den Spiegel ein gepolsterter Stab bis an den Scheidengrund gebracht und während das Speculum etwas hervorgezogen wird, die Scheide mit dem Stabe nach oben gespannt und durch eine Hebelbewegung die Vaginalportion in die Spiegelmündung gehoben. Ist sie hierauf noch nicht vollständig eingetreten, sondern sitzt auf dem Rande des Spiegels auf, so wird das Verfahren wiederholt und nöthigenfalls die Vaginalportion selbst mit dem Stabe emporgehoben und eingeleitet. — Um beim *Anlegen des* **Katheters** *beim Weibe,* ohne es zu entblössen, *die Harnröhrenmündung sicherer zu finden,* stellt sich Prof. W. L. Grenser in Leipzig (Z. Gb. Bd. 15. S. 76) zur linken Seite der mit erhöhtem Kreutze auf dem Rücken liegenden Frau, führt den linken Zeigefinger bei mit dem Daumen und Mittelfinger aus einander gehaltenen Schamlefzen in die Scheide und verfolgt mit der Gefühlsfläche desselben den von der

Harnröhre unter dem Schambogen gebildeten Wulst bis zu seinem vorderen Ende, wo die Harnröhrenmündung durch ihren härtlichen, ringförmigen Rand dem Gefühle sich kund gibt. Diese Methode hat vor jener, wo man von der Klitoris ausgeht, den Vorzug, dass die Berührung letzterer vermieden wird und sich, namentlich wenn die Genitalien nicht regelmässig gebildet sind, die Harnröhrenmündung um so leichter und sicherer auffinden lässt, um so mehr, als um die Klitoris liegende weit offenstehende Ausführungsgänge von Schleimbälgen sehr täuschen können. — Bei erschwerter *Anlegung des Katheters selbst* in Folge von Geschwülsten im Becken, Steinen in der Harnblase und Harnröhre, Dislocationen und Anschwellungen der Ovarien, des Uterus und der Scheide u. s. w. räth er (l. c. S. 87) die *Knieellenbogenlage.*

Dr. Wilh. Lange.

Geburtskunde.

Der menschliche **schwangere Uterus** besteht nach Dr. S. Pappenheim in Breslau (Vj. 1. p. 99 u. ff.) aus 3 Hauptlagen von *Muskelfasern*, deren jede aus mehreren Schichten zusammengesetzt ist, die das Eigenthümliche zeigen, dass sie entweder von aussen nach innen (äussere Schichte), oder umgekehrt (innere Schichte) in der Stärke der Faserbündel und Maschenräume zunehmen. 1. Die *äussere Hauptlage* besteht aus Fasern, die an beiden Flächen und den seitlichen Rändern in der longitudinalen, auf dem Grunde in der transversalen Axe des Uterus verlaufen und so angeordnet und befestiget sind, dass sie das Gleichgewicht zwischen vorn und hinten, rechts und links, oben und unten erhalten. 2. Die *mittlere Hauptlage* besteht aus mehreren Lagen senkrecht über den Grund auf die Mitte beider Flächen des Körpers herabgehender Faserstreifen, die am Grunde durch quere, den runden Bändern der Tuben und den Eierstockbändern angehörige Fasern, theils von einender, theils von den übrigen Schichten getrennt sind. Diese den Grund des Uterus offenbar herabdrückenden Streifen biegen auf der Vorder- und Hinterfläche jederseits nach aussen um, nehmen am unteren Ende des Körpers eine schräge Richtung an und durchkreutzen sich dabei, worauf sie den Hals kreisförmig umziehen. Ausser ihnen kommen quere Fasern an beiden Flächen des Körpers vor, welche, wie es scheint, von longitudinalen Faserbündeln der Seitenflächen entspringen. An der Enge und am Körper sieht man kleinere, accessorische, in die Tiefe dringende Bündel. Die Seitenflächen bestehen aus breiten, festen Maschennetzen, die durch plexusartige Verbindung und wahrscheinlich Durchkreutzung der schrägen Fasern der Enge hervorgebracht werden. 3. Die *innere Hauptlage* hat 2 Schichten: eine äussere und innere. Die

Fasern der ersteren umziehen in fast schneckenförmigen Windungen die Winkel des Uterus und gehen dann in schräge der Enge, und kreisförmige des Halses, über. Ihre Bündel sind zarter und regelmässiger, als die der Mittelsubstanz. Von ihr dringen feine Zweige in die Faltentheile der Schleimhaut. Sie ist es, welche den Typus der bei Säugethieren sichtbaren Faserung am meisten wiedergibt. Die innere Schichte besteht aus einem dreieckigen Muskel.

Die **Racenverschiedenheit der Becken,** von Vrolick in Amsterdam angenommen, beschrieben und durch Abbildungen erläutert, läugnet Stein (Z. Gb. B. 15. p. 41). Er stützt seine Meinung auf den Umstand, dass man von einem Becken einer Race noch nicht auf den gemeinschaftlichen Charakter aller Becken dieser Race überhaupt schliessen könne, wie es V. gethan, und dass selbst in den Abbildungen dieses einen Exemplares der Racenbecken V's kein Racenunterschied bemerkbar sei; dass V. die unzähligen Nüancen übersehen habe, welche auch in den 4 Hauptformen *unserer* Becken Statt finden, dass endlich der Schluss von Racenschädeln auf Racenbecken kein gültiger sei. Denn da der Raum des Beckens nicht so streng abgemessen sei, dass Differenzen im Umfange des Schädels, wie sie bei den Racen vorkommen, dabei in Anschlag kommen könnten; da ferner auch in einer Race die Köpfe der Kinder nicht immer gleich stark seien: so könne man, wenn man um des Racenschädels des Kindes willen Racenbecken der Mutter verlangt, nichts Anderes am Becken verlangen, als was sich in der Form äussert. Nun sei aber das Charakteristische an den Schädeln der (niedereren) Racen im strengsten Sinne nur etwas Negatives und am Kiefer Etwas, was kein vernünftiger Mensch dafür werde gelten lassen, dass es auf Raum, geschweige auf Form des Beckens, Einfluss haben könne. — Über die *Entstehung einiger* **Beckendeformitäten** liefert Prof. E. Martin zu Jena (Z. Gb. B. 15. p. 48 u. ff.) einen sehr schätzenswerthen Aufsatz. I. *Das schräg-verengte Becken mit Ankylose der einen Hüftkreutzbeinfuge* (die von F. C. Naegele bekannt gemachte Species, zum Unterschiede von den hier nicht in Betracht kommenden Arten *ohne* Ankylose) *charakterisirt sich* durch Ankylose der einen Hüftkreutzbeinfuge mit Verkrümmung der nächst angränzenden Knochentheile (der einen Hälfte des Kreutz- und des einen Darmbeines) und durch Verschiebung und Missstaltung der vorderen Theile des Beckens in der Art, dass der zur Ankylose gehende schräge Durchmesser verkürzt erscheint, gleichsam als hätte nach seiner Richtung eine Gewalt auf die vorderen Beckentheile anhaltend und stark eingewirkt. Als *Pathognomonicum* kommt diesen Becken das Näherstehen der einen Spina poster. super. ossis ilium gegen die Processus spinosi des Kreutzbeines zu, ein Zeichen, welches den schräg verengten

Becken *ohne* Ankylose, die wahrscheinlich mit bedeutender Skoliose der Wirbelsäule in Verbindung stehen, abgeht. Was nun die *Entstehungsweise* anbelangt, so bilden sich nach dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft Ankylosen nur nach Entzündung mit plastischer Ausschwizzung, und dass dies auch hier der Fall sei, beweisen 1. die an der ankylotischen Synchondrose und deren Umgegend zu bemerkende elfenbeinartige Härte und Dichtigkeit des Knochens, die sich gerade so weit erstreckt, als die Verkrümmung einerseits des Os sacrum, andererseits des Hüftbeines Statt findet, und, wie bekannt, Folge von Entzündung ist; 2. die an der Ankylose bemerkbaren, ebenfalls eine vorausgegangene Entzündung beweisenden und auch andere Ankylosen begleitenden kleinen Hervorragungen, Spitzen und Leisten und endlich 3. die anderweitigen an diesen Becken nicht selten bemerkbaren Überreste vorausgegangener Knochen- und Gelenksentzündung, wie Ankylose zwischen Kreutz- und Steissbein, eiterige Zerstörung der einen oder anderen Pfanne, da es bekannt ist, dass derlei Entzündungen sich gerne auf gleichartige Gebilde ausbreiten oder auf selbe überspringen. Ganz im Gegensatze mit dieser Ankylose und Verkrümmung besteht die Verschiebung der vorderen Theile dieser Becken *ohne alle Texturveränderung*, woraus zu schliessen, dass diese anderen Ursprunges, daher nur secundär sind, beruhend auf einer fehlerhaften Entwickelung. Die Bedingung dieser fehlerhaften Entwickelung aber liegt sehr nahe, wenn man die sehr wahrscheinliche Hypothese zugibt, dass die Ankylose mit der Eburneation in frühester Kindheit entstanden sei. Denn dann musste nicht nur das Wachsthum der afficirten Knochentheile aufgehalten und so die auffallende, bei diesen Becken constante Verkümmerung der betreffenden Theile des Kreutz- und Hüftbeines herbeigeführt werden, sondern auch die zur späteren Entwickelung der übrigen Beckenknochen nöthige Beweglichkeit und Ausdehnbarkeit der Synchondrose hinwegfallen. Aber gerade durch diese beiden Umstände muss das weitere Wachsthum der übrigen Beckenknochen jene eigenthümliche falsche Richtung erhalten, welche diese Becken charakterisirt. Allerdings kommen zwar auch Ankylosen vor ohne schräge Verengerung des Beckens; allein diese können sich zu einer Zeit gebildet haben, wo die Entwickelung der einzelnen Knochen bereits vollendet war. *II. Das quer-verengte Becken mit Ankylose beider Hüftkreutzbeinfugen* (1842 durch F. Robert bekannt geworden) scheint dem Gesagten zufolge auf frühzeitiger Ankylose und Induration beider Synchondrosen und dadurch bedingter Entwickelungshemmung zu beruhen, wofür auch die grosse Analogie zwischen diesen beiden Beckenarten spricht, indem die bei jenen nur auf einer Seite sich findenden Abweichungen und Regelwidrigkeiten sich bei diesem auf

beiden Seiten vorfinden, daher auch die Schmalheit des Kreutzbeines und die auffallende Annäherung beider hinteren oberen Tuberositäten der Darmbeine an die Dornfortsätze des Kreutzbeines chrakteristisch sind. Robert's Ansicht, dass die vorderen seitlichen Knochenkerne des Os sacrum fehlen, erklärt M. als falsch, weil sonst auch die betreffenden Kreutzbeinlöcher fehlen müssten. *III. Verunstaltete Becken in Folge von Knochenerweichung.* Bei diesen kommen die Textur und Gestalt in Betracht. Bezüglich der *Textur* sind Knochen, besonders die äussere Tafel, bei noch im Fortschreiten begriffenem Processe aufgelockert, porös, viel Gallerte enthaltend; bei bereits abgelaufenem Processe macht die Auflockerung einer ungewöhnlich dichten, jedoch sparsamen Knochenbildung Platz, bei welcher die Kanten und Enden scharf hervortreten. Die Textur der 1. Art kommt rhachitischen und osteomalakischen Becken zu, wird jedoch bei ersteren nie Gegenstand geburtshülflicher Beobachtung, da mit eintretender Pubertät die Rhachitis überwunden und somit die 2. Art eingetreten zu sein pflegt. Die osteomalakischen Becken hingegen zeigen meist die 1. Art, da sie fast immer während des Bestehens des Erweichungsprocesses zur Beobachtung gelangen. In Beziehung der *Gestalt* hat man 2 Formen dieser Becken unterschieden: das rhachitische und osteomalakische. Zwar ist dieser Unterschied nicht durchaus constant und überall nachweisbar, indem es rhachitische Becken mit osteomalakischem Anstriche gibt und umgekehrt; allein gewisse Charaktere sind beiden constant und ausschliesslich eigen, und zwar 1) den *rhachitischen Becken* die Kleinheit der Darmbeine, besonders in der Gegend der ungenannten Linie, und damit die Verkürzung des geraden Durchmessers, die geringe Höhe, so wie die Zierlichkeit sämmtlicher Beckenknochen. Um nun den Zusammenhang dieser Fehler mit der Rhachitis zu erkennen, achte man auf das Verhältniss der letzteren zum Wachsthume und zur Entwickelung des Knochengerüstes. Gerade der vorzugsweise verkümmerte Theil des Hüftbeines, der Darmbeinkörper und die Schuppe ist es, der zur Zeit, welche die Rhachitis liebt (in den ersten 7 Lebensjahren) sich zu entwickeln pflegt. Diese Entwickelung nun wird durch die Knochenerweichung aufgehalten und kann später nicht mehr nachgeholt werden. In eben jenem und dem nächstfolgenden Lebensalter schreitet aber auch das Wachsthum der unteren Wirbel des Kreutzbeines, so wie der Sitz- und Schamknochen merklich vor, während die obersten Kreutzbeinwirbel erst um die Zeit der Pubertät ein rascheres Wachsthum eingehen. Die feindselige Wirkung der Rhachitis muss daher auch vorzugsweise jene Knochentheile treffen, und daraus erklärt sich die Kleinheit des Kreutzbeines und die Verkümmerung der Sitz- und Schambeine. Die gerade Beschaf-

fenheit und das Hervorstehen des Kreutzbeines nach hinten, die jedoch nicht constant sind, dürften nur zum Theile in dieser Entwicklungshemmung begründet sein, während die Zierlichkeit aller Beckenknochen zweifelsohne dieser Bildungshemmung zuzuschreiben ist. Von den minder constanten Fehlern rhachitischer Becken, als da sind: das Herabsinken und Seitwärtsstehen des Vorberges, das Eingedrücktsein der geraden Schambeinäste in der Gegend der Pfannen, die vorherrschende Enge des Einganges im Gegensatze zur Weite des Ausganges, die auffallende Breite des Beckens und das oben berührte Verhalten des Kreutzbeines, kommen nur die zuletzt genannten noch ziemlich häufig vor, weil sie auf dem Zusammentreffen der Rhachitis mit dem Entwickelungsprocesse beruhen; allein sie sind doch nicht so constant, wie die früher betrachteten, weil es bei diesen darauf ankommt, ob die Rhachitis längere oder kürzere Zeit die Entwickelung begleitet und behindert hat, oder nicht. So ist besonders der Eingang verengt, wenn die Rhachitis nur kürzere Zeit das Wachsthum behinderte und die Ausbildung der Körper der Darmbeine vorzugsweise beeinträchtigte; so sind diese Becken dann im Querdurchmesser normal weit, wenn die Rhachitis auf die frühesten Lebensperioden beschränkt blieb und später, als die oberen Kreutzbeinwirbel zur Entwicklung kamen, schon erloschen war. — Anders verhält es sich mit dem Herabsinken des Vorberges und der Verbiegung einzelner Knochen. Diese sind durchaus nicht constant, daher sicher zufälligen, während der Knochenerweichung wirkenden Ursachen zuzuschreiben, und zwar ohne Zweifel den mechanischen Einwirkungen der Last des Stammes auf den oberen Theil des Os sacrum einerseits, und dem Gegendrucke der unteren Extremitäten in den Pfannen (beim Stehen, Gehen u. s. w.) andererseits. Namentlich scheint dies bei den rhachitischen Becken mit osteomalakischem Anstriche der Fall zu sein, und aus der Verschiedenheit dieser Einwirkungen nach Gewohnheit, Sitte u. dgl., resultiren wahrscheinlich die so verschiedenen Nüancen in diesen Charakteren rhachitischer Becken. — 2) Die *osteomalakischen Becken* werden sämmtlich *charakterisirt* durch die Annäherung der Pfannen an einander und an das meist herabgesunkene Promontorium. Mit dieser Annäherung der Pfannen ist stets eine auffallende Verbiegung fast aller Beckenknochen bis zur Knikkung, namentlich der Darmbeinschuppen, der horizontalen Äste der Schambeine und der aufsteigenden der Sitzbeine verbunden, indem zugleich die Schamfuge schnabelförmig nach vorn vortritt, während die Spinae poster. ossium ilium auseinanderweichen. Ausserdem ist das Kreutzbein meist sehr nach vorn gebogen, die Sitzknorren einander sehr genähert, daher der Ausgang sehr beengt. Diese Becken bieten daher das bestimmteste Bild einer von mehreren Seiten auf dieselben stattge-

habten Compression dar. Dass diese Verunstaltung nicht Folge der Bildungshemmung sein könne, wie beim rhachitischen Becken, ist klar, da sie nur bei Erwachsenen eintritt. Deshalb aber ist es nicht nöthig, eine eigenthümliche deformirende Thätigkeit der Osteomalakie anzunehmen, indem die Erklärung dieser Fehler weit näher liegt. Bedenkt man nämlich, dass die ganze Last des Körpers beim Stehen und Sitzen einerseits auf dem Promontorium ruht, andererseits dort von den Pfannen, hier von den Sitzknorren und dem unteren Ende des Os sacrum und vom Steissbeine getragen wird, so kann man nicht zweifeln, dass, wenn der diese Theile auseinanderhaltende Beckengürtel sich erweicht, jene Stütz- und Tragpunkte sich einander nähern werden. Die Einbiegungen, Knickungen und das Hervortreten der Schamfuge sind secundäre, aber nothwendige Erscheinungen. Die verschiedenen Variationen erklären sich aus der verschiedenen Ausbreitung der Erweichung und aus den verschiedenen, während derselben am meisten beobachteten, Stellungen und Haltungen. So wird anhaltendes Sitzen vorzugsweise den Ausgang, Stehen und Gehen den Eingang verengen, Liegen auf einer Seite besonders diese nach einwärts drücken u. s. w. Da ähnliche Momente auch bei rhachitischen Kindern einwirken können, wenn dieselben z. B. schon sitzen, stehen und gehen, so erklärt sich, dass auch rhachitische Becken gewisse Charaktere mit dem osteomalakischen gemein haben können. Die Unterscheidung ist jedoch stets dadurch möglich, dass man auf die bei jenen nie ganz fehlenden, bei diesen nie vorhandenen Erscheinungen gehemmter Entwickelung Rücksicht nimmt.

Die Möglichkeit der **Superfoetation** läugnet Raciborski (XXII. p. 487), gestützt auf seine Theorie der Foecundation, nach welcher *vor* dieser das Eichen zur Reife gelangt, dann in Folge eines physiologischen Actes, der Brunst (la ponte), der durch den Coitus wohl beschleuniget, nie aber durch selben allein hervorgerufen werden kann, ausgeschieden (gelegt), und nach diesem erst befruchtet wird. Dieser Act geschieht zur Zeit der Menstruation, auch wenn kein wirklicher Ausfluss, der nur die Krisis der reichlicheren Congestion ist, Statt findet. Daraus folgt, dass auch das Weib nur zu gewissen Zeiten reproductionsfähig sei, wie das Thier, und zwar kurz nach der Menstruationsepoche. Ist nun dem Instincte der Reproduction einmal vollkommen genügt worden und sind einmal alle zur Reife gelangten Eierchen schon befruchtet, so ist dann die Function der Ovarien, nämlich Eier zu bilden und zur Ausscheidung vorzubereiten, der Foetus befinde sich wo er wolle, aufgehoben und steht die Entwickelung der Graaf'schen Folikeln und der Ovula still, und Befruchtung ist sonach unmöglich. Stirbt aber der ausserhalb des Uterus gebildete Foetus

ab und ist dann blos eine todte Masse, so erwacht der Reproductionsinstinct wieder, so findet neue Brunst Statt uud neue Conception ist wieder möglich. Dasselbe gilt beim doppelten Uterus. Ist in der einen Höhle ein sich entwickelnder Foetus, so ist eine neue Conception aus denselben Gründen nicht möglich, so lange das Werk der ersten Befruchtung nicht vollendet oder wenigstens nicht durch den Tod des Foetus zum Stillstand gebracht ist. Es kann daher 1) Superfoetation nur in dem ausnahmsweisen Falle Statt finden, wo zur selben Zeit mehr als ein Ei zur Reife gelangt. 2) Die Conception mehrerer hinter einander nach längeren oder kürzeren Intervallen geborener Kinder geschah zur selben Zeit, indem die Befruchtung der Eier nur kurz hinter einander Statt finden konnte, mag sie nun durch das Beiwohnen eines oder zweier Männer geschehen sein. 3) Wo sich der Foetus immer befinde, oder sei es ein doppelter Uterus: eine neue Befruchtung ist so lange unmöglich, bis die Frucht der ersten reif ist, oder aufgehört hat zu leben. 4) In allen bis itzt bekannten Fällen von Superfoetation handelte es sich um nichts anderes, als um Doppelschwangerschaften, in denen das zweite Kind durch das erste durch einige Zeit eine Behinderung seiner Entwickelung erfuhr, ohne jedoch abzusterben. Dafür spricht auch der Umstand, dass in keinem der bekannten Fälle der Zwischenraum zwischen der 1. und 2. Geburt über 5, $5\frac{1}{2}$, höchstens 6 Monate, nie aber 8 Monate oder darüber betrug. Dabei war es auch möglich, dass das 1ste Kind bei der Geburt noch nicht reif war, woher denn ein noch grösserer Anschein einer Überschwängerung. Ferner ist zu bemerken, dass derlei Kinder gewöhnlich jedes für sich eine Eihöhle und eine Placenta haben, was zu erklären scheint, warum in einem Falle die Zwillinge mit einander geboren werden, obschon sie oft zugleich entwickelt sind, und warum in einem anderen zuerst nur ein Kind geboren wird, nämlich das mehr entwickelte, während das andere, unabhängig vom anderen existirend, noch einige Zeit in seiner Entwickelung fortfährt, in welcher es durch das erste gehemmt war. Oft ist bei Zwillingen das eine Kind reif, das andere wie ein 3—4monatlicher Foetus, aber vollkommen erhalten, ohne Spur von Fäulniss. Kann man sagen, dass dieser Foetus schon seit lange abgestorben sei? Keinesweges; denn er ist ganz frisch. Seine Kleinheit ist daher der beste Beweis, dass 2 gleichzeitig empfangene Kinder einen verschiedenen Grad der Entwickelung zeigen können.

Über **Schwangerschaftszeichen** haben wir Folgendes mitzutheilen: 1) Über das *Kysteïn*, d. i. jenes von Nauche (im Arch. der Pharmacie Bd. 18 und Journal de chemie 1839) zuerst erwähnte und so

benannte Constituens der Nierensecretion, welches im Harne Schwangerer vorkommen und sichtbar werden soll, wenn man denselben in einem cylindrischen Gefässe ruhig stehen lässt, wo es sich dann in Gestalt einer flockigen Wolke zeigt, die im Verlaufe der Zeit, etwa vom 2. bis 6. Tage des ruhigen Stehens, in eine grosse Menge kleiner, undurchsichtiger Körperchen zerfällt, die sich dann auf die Oberfläche erheben und einen fettigen Schaum bilden, der in Form eines Häutchens 3—4 Tage verbleibt und dann flockenweise so lange zu Boden fällt, bis das Häutchen verschwindet — haben Dr. Golding Bird (Hr. Bd. 5. p. 15. — Z. Gb. Bd. 15. p. 25) und F. Simon (B. Chem. B. 1. p. 353) Beobachtungen angestellt. Beide fanden das Vorkommen desselben schon von den ersten Schwangerschaftsmonaten an, obwohl nicht in allen Fällen, bestätiget, und B. untersuchte auch den Harn von 2 an Amenorrhoee leidenden Mädchen, von denen das eine, dessen Harn das Häutchen zeigte, die Schwangerschaft hartnäckig läugnete, in gehöriger Zeit aber von einem Knaben entbunden wurde. B. suchte zu ermitteln, ob das Kysteïn wirklich als ein neuer Bestandtheil zu betrachten sei. Der Urin coagulirte weder durch Erhitzen noch durch Salpeter- oder Essigsäure. Er konnte daher weder viel von Albumen noch käsiger Substanz enthalten. Ammonium bewirkte einen bedeutenden Niederschlag von phosphorsaueren Erden, die unter dem Mikroskope aus unzähligen nadelförmigen Krystallen zu bestehen schienen. Nebstdem liess sich keine wahrnehmbare Menge irgend eines anderen widernatürlichen Bestandtheiles auffinden. Das zwischen 2 Glasplatten aufgefangene Häutchen hatte einen, dem Sperma ceti ähnlichen Glanz, und zeigte unter dem Mikroskope Tausende von 3eckigen, in einer Masse von körniger Materie eingebetteten Prismen phosphorsauerer Talkerde. (S. fand das Häutchen bei seiner ersten Bildung bestehend aus einer amorphen, aus kleinen opaken Pünktchen zusammengesetzten Materie, ähnlich einem Niederschlage phosphorsauerer Kalkerde oder harnsaueren Ammoniums. Das ganze Object wurde durch zahlreiche Vibrionen in Bewegung gesetzt. Zwischen dieser belebten Masse befanden sich zerstreut die bekannten Krystalle der phosphorsaueren Ammoniak-Magnesia. Bei dichter gewordener Haut zeigten sich an der Stelle der Vibrionen Mengen von Monaden. Die chemischen Reagentien zeigten auf die Gegenwart einer Proteinverbindung.) Bleibt der Harn so lange stehen, bis das Häutchen zerbricht, so fällt es zu Boden, und dieser Niederschlag, auf einem Glasplättchen gesammelt, hat dasselbe Aussehen, wie das Häutchen, nur sind die Krystalle noch zahlreicher und alle vorhandene thierische Materie ist nun gänzlich aus amorphen Körnchen zusammengesetzt. (S. fand diesen Bodensatz von unangenehmem, an faulenden Käse erinnerndem

Geruche. Mehrmal mit Wasser abgewaschen und dann mit Alkohol und etwas Schwefelsäure erhitzt, entwickelte er einen angenehmen Fruchtgeruch, wie Buttersäureäther.) In Essigsäure lösten sich die Krystalle schnell auf in eine weisse breiige Masse, gegen Ammonium unverändert bleibend und vielmehr deutlicher hervortretend, indem die sie einschliessende trübe Masse sich auflöste. Aus diesen Untersuchungen B's. ergibt sich, dass das fettige Aussehen des Kysteïns nicht von Fett, sondern von den zahllosen Krystallen der phosphorsaueren Magnesia herrühre, die dasselbe durch ihren Glanz erzeugen. Die vorhandene thierische Materie ist weder reines Albumen, noch reines Casein, kommt aber dem letzteren am nächsten, besonders in Anbetracht des käsigen Geruches. Es ist daher anzunehmen, dass das Kyst. aus einer unvollkommenen käsigen Materie mit Krystallen von ammoniakalisch-phosphorsauerer Magnesia bestehe, dass es daher abgeschmackt sei, dasselbe mit einem eigenen Namen zu belegen, oder gar für einen neuen organischen Bestandtheil zu halten. — Zur Unterscheidung des Kysteïns von ähnlichen Producten gibt S. folgende Kennzeichen: Auf jedem länger stehenden Harne bildet sich eine Decke, bestehend aus phosphorsaueren Erden, die sich beim Alkalischwerden des Harnes niederschlagen. Der Harn, früher sauer reagirend, reagirt nun alkalisch. Unter dem Mikroskope zeigen sich Krystalle von Magnesia-Tripelphosphat und eine amorphe Materie, die, manchmal dem Kysteïn sehr ähnlich, aus phosphorsauerem Kalk besteht und sich von jenem durch ihre Löslichkeit in freien Säuren unterscheidet. Das Alkalischwerden des Harnes wirkt auf das Kysteïn zerstörend (nach Bird wahrscheinlich in Folge der Ammoniakentwickelung), während es die fragliche Decke erzeugt. — Ein aus Fett bestehendes Häutchen ist dünn und irisirt, unter dem Mikroskope zeigt es zahllose Fettkügelchen. — Eine sehr spät (am 6—8. Tage) sich bildende Haut besteht gewöhnlich aus Schimmel und zeigt unter dem Mikroskope zahlreiche unter einander verfilzte Pilzfäden und Pilzsporen. Auch auf männlichem Harne sah Simon einmal nach 3 Tagen ein Häutchen entstehen, dass sowohl in seinen chemischen als mikroskopischen Verhältnissen mit dem Kysteïn die grösste Ähnlichkeit hatte. — Die *Entstehung* dieses Bestandtheile der Milch enthaltenden und auch nach S's. Dafürhalten mit der Milcherzeugung in naher Verbindung stehenden Productes im Harne erklärt Bird folgendermassen: Während der Schwangerschaft werden gewisse Bestandtheile der Milch aus dem Blute durch die Brustdrüsen ausgeschieden, und zwar oft in so grosser Menge, dass sie durch Druck entleert werden können. Diese Absonderung nun, des Ausflusses aus den Brüsten ermangelnd, wird wieder in's Blut aufgenommen, von den Nieren abgeschieden und mit dem Harne entleert. Jene Fälle von

Schwangerschaft, in denen dieses Häutchen fehlt, scheinen dies zu bestätigen. So fand z. B. Bird dasselbe im Harne einer im 8. Monate Schwangeren. Später zog sie sich eine Erkältung und Fieber mit trockener Haut zu, der Harn zeigte ein starkes Sediment von harnsauerem Ammonium, aber keine Spur von Kysteïn. Nach hergestellter Hautfunction durch Antimonialia verschwindet jener Niederschlag und das Kysteïn erscheint wieder. Hier scheinen also durch das Fieber die gewöhnlichen Secretionen zurückgehalten worden zu sein, daher auch das käsige Häutchen sich zu bilden aufhörte. Sobald jedoch nach hervorgerufenem Schweisse die Nieren aufgehört hatten, die Haut zu vicariiren und Stickstoff in Form von harnsauerem Ammonium auszuscheiden, fingen sie wieder an, die unvollkommen gebildeten Bestandtheile der Milch auszuscheiden. Bei *Säugenden* bildet sich das Häutchen wahrscheinlich (der Überzeugung ermangelt B.) nur dann, wenn die Milchexcretion gehemmt wird und Schwangerschaft vorhanden ist. Was nun den *diagnostischen Werth* des Kysteïns anbelangt, so stimmen B. und S. darin überein, dass es, besonders wenn es den käsigen Geruch verbreitet, immerhin ein sehr schätzbares bestätigendes Zeichen der Schwangerschaft sei, jedoch für jetzt noch nicht als allein zureichend angesehen werden könne, indem es noch nicht ausgemacht ist, dass dasselbe *nur* im Harne Schwangerer sich bilden könne. — 2) Die *blaurothe Färbung der Vaginalportion*, so wie die *Weinhefenfarbe der Vaginalschleimhaut* fand Dr. v. Kiwisch (Jb. Ö. 1. p. 83) als Schwangerschaftszeichen nicht bestätiget. Denn er sah sie bei Schwangeren fehlen, bei pathologischen Congestivzuständen des Uterus hingegen vorhanden. (Gleiche Erfahrungen machte Ref.) — Von **Extrauterinschwangerschaft** werden 3 Fälle mitgetheilt, und zwar 1) eine *Tubenschwangerschaft mit 2 Embryonen* von Dr. Lersch in Aachen (C. Bh. 3) bei einer mehrgeschwängerten 33jährigen Frau, die seit einem Monate die Menstruen nicht hatte und in den letzten 2 Wochen an Kreutz- und Leibschmerzen litt, die eines Morgens so heftig wurden, dass Pat. sich auf dem Boden krümmte. Der Muttermund war hart, geschlossen, uneben. (Aderlass, Kalomel mit Opium.) Einem raschen Kräfteverfall folgte Abends der Tod. Bei der Section fand man die Bauchhöhle von flüssigem und geronnenem Blute angefüllt, in dem 10 Centimet. langen, unvorsichtiger Weise gleichzeitig mit dem Bauchschnitte geöffneten Uterus die Decidua Hunteri, in der linken Tuba, $1^1/_2$ Centimet. vom Uterus entfernt, eine dunkelrothe Anschwellung mit einer ganz kleinen Öffnung, aus welcher eine Flocke des Choriums herausragte. Diese Anschwellung enthielt einen 18 Milimet. langen Foetus. Bei der Herausschaffung des Blutes schlüpfte aus dem unteren Winkel der Bauchwunde ein zweiter, an Masse

3—4mal grösserer Foetus, der wahrscheinlich im Uterus gewesen war, indem man in der ganzen Bauchhöhle keine Stelle auffinden konnte, wo er festgesessen wäre. — 2) Einen exquisiten Fall einer *zur vollen Entwickelung gelangten Bauchschwangerschaft* beobachtete Dr. v. Kiwisch in Prag (Jb. Ö. 1. p. 87) auf seiner Frauenklinik bei einer 43 Jahre alten, früher gesunden, schon von 5 Kindern regelmässig entbundenen ledigen Dienstmagd, die ihr gegenwärtiges Leiden von der Zeit einer seit einem Jahre neuerlich eingetretenen Schwangerschaft herleitete, die sie im April 1843 beendet glaubte, weshalb sie ins Gebärhaus ging. Hier fiel ihr krankhaftes, abgezehrtes Aussehen und der tiefe Stand des zugleich stark nach vorn gedrängten Uterus auf. Ihr übles Aussehen schrieb Pat. einem anhaltenden fieberhaften Leiden mit zeitweiligem heftigen Leibschmerz zu. Der Umfang des Unterleibes war beiläufig wie im 8. Schwangerschaftsmonate, die Fruchtbewegungen heftig und schmerzhaft, Harn- und Stuhlbeschwerden und zeitweiliges Erbrechen zugegen, der Unterleib bei der Berührung nicht auffallend empfindlich, die Kindestheile durch die Bauchdecken deutlicher fühlbar. Gleich nach der ersten Untersuchung entzog sich die Schwangere jedoch durch ihren freiwilligen Austritt der ferneren Beobachtung. Zu Hause musste sie unter starkem Kreutzschmerz längere Zeit das Bett hüten. Im Mai bemerkte sie eine beträchtliche Umfangsverminderung des Bauches, die Kindesbewegungen hörten auf und es traten wieder die Menses ein. Im Juni wurden die unteren Extremitäten, die äusseren Genitalien und nach und nach auch die unterste Rumpfgegend oedematös, und es stellte sich erschöpfende Diarrhoee ein. Am 18. Juli wurde sie ins Krankenhaus gebracht, mit erdfahlem, greisenhaftem Aussehen, äusserster Abmagerung und so bedeutendem Meteorismus des stellenweise schmerzhaften Unterleibes, dass man nur mit Schwierigkeit eine ihrer Grösse, Form und Lage nach einem im 8. Monate schwangeren Uterus entsprechende, aber unebene Geschwulst entdecken konnte. Der Muttermund war nur 1 Zoll weit vom Scheideneingange entfernt, hart hinter der Schambeinverbindung, seine Lippen derb, dünn und gekerbt. Zwischen dem Uterus und Mastdarme fühlte man eine den Scheidengrund nach abwärts drängende, mannsfaustgrosse Geschwulst, die mit der oben bezeichneten offenbar ein Ganzes bildete, elastisch anzufühlen und mit dem durch sie stark comprimirten Mastdarme und mit dem Uterus innig verbunden war. Der Puls war schwach, 70 in der Minute, die Haut kühl, die Diarrhoee profus. Schon am 2. Tage, ehe noch die Anamnese vervollständiget werden konnte, traten mussitirende Delirien ein und der Tod erfolgte am 20. Juli unter den Erscheinungen der Erschö-

pfung. *Sectionsbefund.* Die Scheidewand der Seitenventrikel des Gehirnes und der Fornix erweicht. Die Lungen theils comprimirt, theils oedematös und emphysematös, der linke untere Lappen mit etwas plastischem Exsudate bedeckt. Im unteren Abschnitte der Bauchhöhle aus dem Becken hervorragend, lag eine kopfgrosse, zum Theil bläulichschwarze, beiläufig die Form und Lage eines im 8. Monate schwangeren Uterus darbietende Geschwulst. Das untere schmälere Ende lag zwischen Uterus und Rectum auf dem Scheidengewölbe, der obere breitere Theil reichte bis über den Nabel, und war hier mit dem Dick- und Dünndarme grösstentheils bedeckt und verwachsen. Die Geschwulst bildete einen vollkommen geschlossenen, festen, einen ganz ausgebildeten, möglichst zusammengedrückten Foetus enthaltenden Sack, dessen äussere Schichte theils alte, zellige Exsudatplatten, theils die breiten Mutterbänder und die Douglasischen Falten bildeten. Nach rückwärts war der Sack mit dem Rectum und dem S. romanum, nach vorn mit dem Uterus, den Ovarien und Tuben verwachsen, besonders mit der linken Tuba, deren freies Ende mit dem Sacke innig verschmolzen war, indess die rechte in eine hühnereigrosse Cyste endete. Der Sack selbst bestand aus einer inneren, alle Eigenschaften des Amnion darbietenden, und aus einer äusseren, stellenweise 2—2½ Linien dicken, festen, röthlichen, auf der Durchschnittsfläche der Uterussubstanz einigermassen ähnlichen Haut. Das weibliche Kind lag mit dem Kopfe nach aufwärts und links. Gerade über seinem Kopfe war die Placenta an den Sack mässig fest angeheftet. Sie war platter als gewöhnlich, ohne Einkerbungen und ohne deutliche Gefässvertheilung, sonst aber von normaler Grösse und Form. In ihrer Mitte inserirte sich der 1 Schuh lange, normale Nabelstrang und ihre Innenfläche war vom Amnion überzogen. Die ganze Frucht war mit einer dicken, schmierigen, schmutziggelben, keinen besonderen Geruch gebenden Flüssigkeit bedeckt. Der Uterus beiläufig noch einmal so gross als gewöhnlich, sonst normal. Die Ovarien ebenfalls grösser, stellenweise hyperaemisch. Die Schleimhaut des Dickdarmes hyperaemisch, missfärbig und erweicht. — Für besonders bemerkenswerth hält v. K. in diesem Falle die Conception im 42. Jahre und die verhältnissmässig geringen Beschwerden der Bauchschwangerschaft. Er hält es für wahrscheinlich, dass das Eichen am freien Ende der linken Tuba seine ursprüngliche Anheftung gehabt und von hier aus in die Bauchhöhle hineingewachsen sei. Als interessant hebt er ferner hervor, dass die am oberen, nur zum Theile mit den Gedärmen verklebten Theile des Sackes sitzende Placenta hier zureichende Ernährung gefunden, und macht endlich noch auf die nach dem Absterben der Frucht eingetretene Schrumpfung des Sackes mit Verdik-

kung und Trübung der Fruchtwässer aufmerksam, die weiter fortschreitend wahrscheinlich zur Verkalkung und zum vollständigen Coalitus der äusseren Schichten des Eies geführt hätte. — 3) Einen *Fall von 19jähriger Bauchschwangerschaft* theilt Dr. Romberg zu Wildberg mit (C. W. 47). Die 45 Jahre alte Frau fühlte sich vor 20 Jahren schwanger. Nach ihrer Rechnung um einige Wochen zu spät stellten sich Wehen ein. Der herbeigerufene Arzt fand den Muttermund offen, aber keinen Kindestheil. Das Os schloss sich wieder, der Arzt erklärte, „das Kind liege im hohlen Leibe," und liess die Frau lange purgiren. Erst nach einem halben Jahre fühlte sie, zum Skelet abgemagert, einen Klumpen oberhalb des Nabels, der beim Umlegen sich hin und her wälzte. Sie erholte sich jedoch, ohne ärztliche Hülfe bleibend, nach und nach wieder, und etwa nach 1 Jahre kehrten die Menstruen zurück. Nur belästigte sie ein Ziehen im Kreutze. Am 20. Aug. 1843, zur Zeit, als die Regeln eintreten sollten, wurde sie von heftigen, vom Kreutze aus in die Schenkel sich ziehenden Schmerzen befallen, weshalb 6 Tage später R. gerufen wurde. Er fand den Puls schnell und klein, die Haut und Zunge trocken, die Handteller heiss, seit 10 Tagen Stuhlverstopfung, den Bauch fest, voll, gerundet. Nach Oleum Ricini Abgang knolliger Faeces mit Erleichterung. Beim nächsten Besuche drückte R. die Hand auf die Magengrube, Pat. fuhr heftig zusammen und R. glaubt in diesem Momente unter der zum Nabel hingleitenden Hand ein Krachen gehört zu haben. Jetzt erst erfuhr er das oben Mitgetheilte. Bald trat der höchste Collapsus mit fortwährendem Erbrechen, Schlaflosigkeit u. s. w. ein und Pat. starb am 7. Nov. unter den Erscheinungen der Bauchschwindsucht. *Sectionsbefund.* Nach Eröffnung der Bauchhöhle drängte sich ein fester, anscheinend vom Peritonaeum überzogener, ringsum durch Zellgewebe und Bauchfellverlängerungen an die Nachbarorgane befestigter Körper in die Wunde. Dieser enthielt in einer mannsfaustgrossen, von einer Bauchfellfalte, zwischen deren Blättern sich ein sehr engmaschiges Zellgewebe gelagert hatte, gebildeten Höhle einen goldgelben, dicken, fetten, weichen, geruchlosen Brei mit kleinen Knochen, die zusammen ein vollständiges Skeletchen bildeten. Direct war dieser Sack durch einen Ausläufer mit dem Magen verwachsen, dieser leer, sehr verdickt und verengt, um die Cardia ringförmig eingeschnürt, aber regelmässig gelagert. Das Netz fettlos, die Gedärme zusammengesunken, durchaus enger, am Colon transvers. auf $1/_2$ Fuss Länge nur federspuhldick. Die Milz blass, mit 3 tuberkelartigen erbsengrossen Ablagerungen, im Inneren der vergrösserten Leber melanotische Massen, der Uterus und die übrigen Baucheingeweide normal.

Eine **Putrescentia uteri gravidi** will Oberamtswundarzt J. F. Oesterlen in Kirchheim (C. W. 45) beobachtet haben. Eine 33 Jahre alte, gesunde Bäuerin wurde in der 26. Woche ihrer 10. Schwangerschaft von Mattigkeit, Frösteln mit fliegender Hitze, Inappetenz, grossem Durste, später von wehenartigen Schmerzen, in der 33—34. Woche von Metrorrhagie unter krampfartigen Bauchschmerzen befallen. Die Kindesbewegungen hörten nach und nach ganz auf. Am 31. Juli gerufen, fand O. das Os offen, weich, kühl, die sehr weiche Placenta vorliegend, stinkenden braunen Scheidenausfluss (Antisept. Injectionen und Arzneien). Am 5. Aug. stellten sich Wehen ein (Dct. Chinae mit inf. Secal. corn. und Spir. sal. dulc.) und am 8. gingen auf dem Nachtstuhle Stücke der verfaulten Placenta ab. Nun erst wurde die Entbindung gestattet, und O. förderte durch die Wendung und Extraction das querliegende, im 2. Grade der Fäulniss sich befindende Kind leicht zu Tage. Mit der eingeführten Hand bemerkte er grosse Weichheit und Nachgiebigkeit des Uterus, besonders im Grunde und an der hinteren Wand, oberhalb deren Mitte er eine 4 Zoll lange, 2 Zoll breite, in querer Richtung abgelöste, schwammige Flocke fand, deren freier Rand nach aufwärts gerichtet und an deren Stelle der Uterus so dünn war, dass er nur aus dem Bauchfellüberzuge zu bestehen schien. Es erfolgten weder Contractionen des Uterus, noch Blutung, sondern blos Ausfluss stinkender brauner Jauche (Wein, China). Am 10. Aug. beklagte sich Pat. plötzlich über Dunkelheit vor den Augen und schlummerte $^1/_2$ Stunde darauf, 25 Stunden nach der Entbindung, ohne Convulsionen sanft ein. Die Section wurde leider nicht gestattet.

Über **Asphyxie der Schwangeren** *aus mechanischer Ursache* theilt Dr. Elsässer in Stuttgart (C. W. 44) aus einem eigenen Werkchen des Dr. F. M. Ph. Levrat sen. (Recherches médico-chir., pour servir à l' histoire de l' asphyxie par cause mécanique chez la femme enceinte etc. Lyon et Paris. 1842) Folgendes mit: Diese Asphyxie tritt am Ende der Schwangerschaft ein durch Aufhebung der Respiration aus mechanischer Ursache, und unterscheidet sich von der Eklampsie dadurch, dass bei ersterer die Respiration, und in Folge dessen auch der Blutumlauf und die Hirnthätigkeit plötzlich aufgehoben wird. Es findet somit Synkope, Scheintod Statt, und zwar ohne alle convulsivische Bewegungen. Geht die Synkope in Tod über, so geschieht es auf eine langsame, unmerkliche Weise; wird aber der Anfall zeitig genug gehoben, so kehrt er nicht wieder zurück. Die *Ursache* ist nicht Ascites, sondern übermässige Ausdehnung des Uterus. L. beobachtete 5 Fälle. In allen litten die Frauen an Reitzung des Verdauungsapparates (Appetitlosigkeit, Durst, Abmagerung). Die *Prophylaxis* besteht daher in Besei-

tigung dieses Zustandes durch allgemeine und örtliche Blutentleerungen, Bäder u. dgl., die *Behandlung* selbst aber im Sprengen der Eihäute, oder im Nothfalle in der Punction des Uterus mit dem Troicart. Denn nur so kann dem Tode vorgebeugt werden; das Kind ist ohnehin lebensfähig, wenn auch die Geburt darauf erfolgt, indem dieser Zustand erst zu Ende der Schwangerschaft eintritt. Zur **Beckenmessung** gibt Stein (Z. Gb. B. 15. p. 11) bezüglich *der schrägverengten Becken* folgendes Verfahren an: Man untersuche die rechte Seite des Beckens mit der rechten, die linke mit der linken Hand, so zwar, dass man 2 Finger zuerst gegen das Schambein wendet und dann von vorn nach hinten gegen die Mitte des Hüftbeines führt. Je länger man mit dieser Region in Berührung bleibt, desto bedeutender ist die Beengung von dieser Seite her. Untersucht man nun eben so in der anderen Seite, so wird man den Unterschied zwischen beiden Seiten und das gegenseitige Verhältniss auffinden. Dann führt man abermals abwechselnd die Finger der einen, dann der anderen Hand, nach hinten gerichtet, gleichsam eine Mittellinie des Beckens bildend, so tief ein, wie bei einer gewöhnlichen Untersuchung, so dass die Spitze des Zeigefingers ungefähr die Mitte der Beckentiefe erreicht. Nun biegt man bei ruhig liegen bleibender Hand die Finger nach der Seite, und erforscht, ob man das Darmbein erreiche. Je leichter dies geschieht, desto mehr ist das Becken von dieser Seite verengt.

Eine **Selbstentwickelung** *bei Schulterlage* beobachtete Dr. G. Goyrand in Aix (G. H. 1) bei einem 2. Zwillingskinde. Der Arm hing ganz heraus, war livid und ohne Bewegung, der Kopf lag auf dem rechten Darmbeine. Der Thorax war so eingetrieben, dass die Wendung nicht ausgeführt werden konnte. Unter starken Wehen rückte die Brust immer tiefer, die Schulter stemmte sich am Schambogen an und endlich wurde die Basis des Thorax, dann die Weichen, Hüften und unteren Extremitäten über den stark ausgedehnten Damm herausgetrieben, ohne dass die Schulter ihren Platz änderte. Das ziemlich starke Kind war zwar todt, aber nicht matsch, und, wie die livide Geschwulst an der Schulter und am Arme bewies, erst während der Geburt abgestorben. — **Drillinge**, 2 Mädchen und 1 Knabe, sämmtlich gehörig ausgetragen und gesund, beobachtete der Mag. Chir. F. S. Pluskal zu Lomnitz (W. Ö. 2). Die 2 ersten Kinder, 1 Knabe und 1 Mädchen, hatten eine gemeinschaftliche Eihöhle und Placenta, die an der normalen Stelle sass und einige Minuten nach der Geburt des 2. Kindes abging. Gleich darauf traten neue Wehen ein. Das 3. Kind, das schwächste von Allen, musste wegen Schulterlage gewendet werden, und hatte einen eigenen, links sitzenden Mutterkuchen, der wegen festerer Adhaerenz gelöst wer-

den musste. Das jüngste Kind lebte 20, der Knabe 30 und das 2te Mädchen 36 Tage. — Einen *Fall von* **Vierlingen** theilt Prof. Pfau in Lemberg (W. Ö. 7) mit. Alle Kinder waren vollkommen reif, männlichen Geschlechtes, einander auffallend ähnlich, wurden mit beiden Füssen voran geboren und jedes hatte eine besondere Placenta und Eihöhle. Der erste Knabe starb am 4., der 2te am 3., der 3te und 4te am 5. Tage und zwar zuletzt der Drittgeborene.

Die **künstliche Frühgeburt** *mittelst des Tampons nach* Schöller verrichtete v. Haselberg (Zg. Pr. 2) bei einer schon mehrere Male mit der Zange sehr schwierig entbundenen Frau, deren Conjugata $3^1/_2$ Zoll betrug. Nach vorausgeschicktem Purgans wurde am 2. Mai bei leicht zu erreichendem und etwas geöffnetem Muttermunde der Tampon eingelegt und täglich, oder jeden 2. Tag erneuert. Erst am 10. Mai fing der Muttermund an sich zu erweitern, so dass ein Finger eingeführt werden konnte; jedoch hatte sich die Scheide schon früher erweitert und sonderte viel Schleim ab. Bis zum 13. Mai schritt die Erweiterung des Os langsam und ohne alle wehenartige Empfindung fort, so dass 2 Finger eingeführt werden konnten. Blieb der Tampon einen Tag weg, so zog sich der Muttermund wieder zusammen. Am 16. und 19. gereichtes Secale corn. (6 Gaben zu 10 Gran) verursachte Übelkeiten und Würgen, aber keine Wehen. Am 23. legte H. Pressschwamm ein, wornach sich das Os stärker erweiterte und am 25. von selbst der Blasensprung erfolgte. Nach Entfernung des Pressschwammes wurde nun wieder Secale gereicht. Es erfolgte heftiges Erbrechen und am 26. ein Schüttelfrost, Kopfschmerz und starkes Fieber mit hartem Pulse. Ein Aderlass und Brausepulver besänftigten wohl den Sturm; jedoch die Fruchtbewegungen hörten auf und Abends erfolgte die Geburt des todten, fast 9monatlichen Kindes leicht unter kaum schmerzhaftem Wehendrange. Das Wochenbett verlief normal. Obgleich der Tampon hier nicht so schnell wirkte, als Schöller angibt, so hatte er doch den Vortheil, dass er die Möglichkeit zu einer anderen Methode herbeiführte. Nachtheilig dagegen wirkte das Secale, vor dessen Gebrauche H. daher bei der künstlichen Frühgeburt warnt. (Vielleicht wäre es auch hier in etwas *geringerer Gabe* nicht so unbedingt zu verwerfen. Red.) —

Einen **Kaiserschnitt** *mit glücklichem Erfolge, nach welchem abermals Schwangerschaft und in dieser Zerreissung des Uterus und der Bauchdecken mit Hervorschiessen des Kindes eintrat, die Mutter aber wieder gerettet wurde*, verrichtete Medicinalrath Dr. Prael zu Hildesheim (A. Han. 6. p. 701). Der Fall betraf eine 28 Jahre alte, gut genährte, rhachitisch verkrümmte, ledige Erstgeschwängerte mit einer Eingangs-Conjugata von $2^1/_2$ Zoll. Am 11. Juni 1842 wurde bei vorliegendem Kopfe

und noch stehenden Wässern die Operation vorgenommen und ein lebendes Kind zu Tage gefördert. Die Naht wurde ohne Durchstechung des Bauchfelles angelegt. Der durch keine üble Zufälle gestörte Heilungsprocess schritt so rasch vorwärts, dass Pat. schon in 14 Tagen aufstehen und nach 3 Wochen bereits länger ausser Bette sein konnte. Mitte August traten die Menstruen wieder ein. Einige Wochen nach der am 17. Sept. erfolgten Entlassung stiess sich die Geheilte mit dem Bauche an eine Tischecke, wornach eine kleine Stelle der Narbe wieder wund wurde, unter Anwendung von Bleicerat jedoch bald wieder heilte. In der 21. Woche nach gepflogenem Beischlafe fühlte sie die ersten Fruchtbewegungen und zugleich heftige, intervallenweise wiederkehrende, jedoch nicht wehenartige Rückenschmerzen, die jenen glichen, die sie seit ihrem 16. Jahre oft empfunden, und durch 4 Wochen anhielten, worauf dann wieder vollkommenes Wohlsein eintrat. Jedoch hatte sie schon seit einiger Zeit zwischen den kurzen Rippen und dem Darmbeinkamme rechterseits, handbreit von der Narbe entfernt, eine wunde Stelle bemerkt, die sich allmälig verschlimmernd, eiterte und oft blutete (Hausmittel). Am 14. Juli 1843 erkrankte sie in Folge einer Erkältung an mässigem Fieber mit Husten und Schmerz in der Seite und im Rücken. Der herbeigerufene Dr. Schrader fand die Bauchhaut an der besagten Stelle handgross braunroth, etwas oedematös und oberflächlich eiternd, die Kindestheile so deutlich, wie bei Bauchschwangerschaft fühlbar, aber keine Bewegungen, obwohl es schon der 7. Schwangerschaftsmonat sein musste (Salmiak). Abends traten wehenartige Schmerzen ein, die jedoch am 16. wieder aufhörten. Fruchtbewegungen fühlte die Schwangere schon seit 2 Tagen keine mehr. Am 18. befand sie sich wieder so wohl, dass sie das Bett verliess; allein um 7 Uhr Abends bekam sie ein Drängen zu Stuhl und Harn und als sie im Aufstehen ihre Schwester zu Hülfe rief, platzte ihr plötzlich unter dem Gefühle eines leisen Krachens der Bauch und das in den Eihäuten eingeschlossene Kind trat hervor. Es äusserte, von einer Hebamme hinweggenommen, kein Leben. P. fand eine handbreit unter dem Nabel quer über die Narbe verlaufende, dieselbe links 1½, rechts 3½ Zoll überschneidende Wunde mit klaffenden, oedematösen, nach innen umgebogenen und ungleichen Rändern, aus welcher rechts die Eihäute und ein Theil des Netzes, links die Nabelschnur und ein Theil der Placenta hervorragten. Unter dem rechten Winkel, 1 Zoll vom unteren Wundrande entfernt, befanden sich noch 2 nicht durchdringende, quere, 1½ Zoll lange Hautrisse. P. entfernte die Placenta durch die runde Uteruswunde, von welcher sich nicht entscheiden liess, ob sie der Quere oder Länge nach verlief, drückte ihre Ränder an einander, reponirte das Netz, vereinigte die Bauchwunde

wegen der oedematösen Ränder blos durch Heftpflasterstreifen und legte eine Leibbinde an. Pat. fühlte sich darnach zum Erstaunen wohl. Die innere Untersuchung ergab den Muttermund etwas geöffnet und ohne Ausfluss (Emuls. Ol. Ricin. mit Aqua laurocer. und Liq. C. C. succin.). Das nachfolgende Fieber war mässig, die Wundränder wurden nach und nach brandig und es trat Lähmung der linken unteren Extremität ein. Nichts destoweniger zeigte sich am 25. wieder gute Eiterung und die Anfangs durch die Wunde, später durch die Scheide abgehenden Lochien hörten auf zu fliessen (China). Am 30. zeigte sich in der linken Inguinalgegend ein Abscess, der geöffnet guten Eiter entleerte. An der gelähmten Extremität bildete sich Oedem, das sich später auch auf die Bauchdecken verbreitete und die Heilung der Wunde, die von kleinen Hautgeschwüren umgeben war, verzögerte (Inf. Seneg. c. Spirit. Minder.). Nach der Abnahme des Oedemes ging die Heilung so gut von Statten, dass bis 5. October völlige Vernarbung zu Stande kam. Pat. genas vollkommen und bekam 6 Wochen nach geschehener Berstung wieder ihre monatliche Reinigung. — Einen *Fall, wo nach früher gemachtem Kaiserschnitte bei der folgenden Schwangerschaft die Geburt auf natürlichem Wege erfolgte*, macht Prof. Behm in Stettin bekannt (Av. Belg 11. p. 296). — Die Person kam 4 Jahre nach dem Kaiserschnitte, im 8. Monate der neuen Schwangerschaft, zu B. Anstatt einer Verkürzung der Conjungata auf 2 Zoll — weshalb früher der Kaiserschnitt gemacht worden war, fand dieser ein beinahe normales, nur bedeutend geneigtes Becken, die Scheide jedoch nur $1\frac{1}{2}$ Zoll lang und in einen blinden Sack mit einer rabenfederdicken Öffnung im Grunde endend. Er legte Pressschwamm ein, jedoch ohne hinreichenden Erfolg. Bei Eintritt der Wehen zu Ende der Schwangerschaft machte er in die harte und straffe Scheidenverengerung zu wiederholten Malen Einschnitte, bei welchen ein Knirschen bemerkbar war. Unter kräftigerem Wehendrange drang nun die Blase in die Verengerung ein, so dass sie gesprengt und dann die Geburt eines starken, lebenden Kindes ohne Mühe mit der Zange beendet werden konnte. Das Wochenbett bot nichts Besonderes dar.

Eine **Detruncation** nahm Amtsphysicus Dr. Hoffmann in Ballenstedt (W. 11) vor bei einer Zwillingsgeburt, bei welcher sich nach geborenem Rumpfe des ersten, schon todten Kindes der Kopf nicht entwickeln liess. Neben ihm lag der Kopf des 2ten Kindes, der sich an den Hals des ersten anstemmte und so fest eingekeilt war, dass er nicht bewegt werden konnte. H. trennte daher den Rumpf des ersten Kindes vom Kopfe, schob diesen ohne Schwierigkeit zurück und entwickelte dann das 2te Kind lebend mit der Zange. Eine hierauf ein-

tretende heftige Metrorrhagie wurde durch Branntwein-Injectionen gestillt. Nun war man bemüht, den abgeschnittenen Kopf zu holen, der immer auswich, bis es H. gelang, ihn bei den Haaren zu fassen und so zu drehen, dass er einen Finger in den Mund einsetzen konnte, worauf die Entwickelung leicht war. — Die **Knieellenbogenlage** empfiehlt Prof. Grenser (Z. Gb. Bd. 15. p. 74) 1) *beim Anlegen des Katheters a)* bei Schwangeren und Gebärenden, wo der vorliegende Kopf die Harnröhre und den Blasenhals zusammendrückt und eine Dehnung und Richtungsveränderung derselben bewirkt, *b)* bei Retroversio uteri, *c)* bei Senkung des schwangeren Uterus; 2) *bei Application von Klystiren* in jenen Fällen, wo das Rectum durch den retrovertirten Uterus comprimirt wird; 3) *bei Reposition des retrovertirten und vorgefallenen Uterus* in- und ausserhalb der Schwangerschaft; 4) *bei durch Hängebauch und grosse Beckenneigung erschwerter Wendung;* 5) *bei Reposition der vorgefallenen Nabelschnur und Hand* — versteht sich, wenn man in allen diesen Fällen auf die gewöhnliche Weise nicht zum Ziele gelangt.

Dr. Wilh. Lange.

Paediatrik.

Schätzbare Beobachtungen von Krankheiten des kindlichen Organismus in dessen frühester Lebensperiode liefert Prof. Jungmann (Jb. Ö. 1843. Decemb.) in seinem Berichte über die Leistungen der Prager Entbindungsklinik im Schuljahre 1841. Diese beziehen sich theils auf ursprüngliche Bildungsfehler und angeborene Krankheiten, theils auf während oder nach der Geburt entstandene pathologische Zustände. Von *ursprünglichen* **Bildungsfehlern** wurden beobachtet: *a) Verwachsene Zwillinge mit angeborener Vorlagerung der Baucheingeweide.* Diese, von einer mittelstarken Erstgebärenden geboren, und zwar mittelst der Extraction an den sich zur Geburt stellenden Füssen zu Tage gefördert, und fast bis zur Beendigung der Geburt Lebenszeichen von sich gebend, wogen zusammen 3 Pf. 26 Loth Civilgewicht, hatten jedoch eine ungleiche Grösse und Länge; diese betrug bei dem grösseren Kinde 15½″, bei dem kleineren 13″. Das kleinere Kind war überdies unvollkommener gebildet, indem es eine mehrfach verkrümmte Wirbelsäule, keinen After, keine äusseren Genitalien, sondern an der Stelle derselben nur 2 kleine Warzen hatte, von denen die eine da, wo das männliche Glied sein sollte, die andere am rechten Oberschenkel auf dem inneren Ende der Gesässfalte sass. Überdies war sein rechter, mit einem Klumpfusse des 1ten Grades behafteter Unterschenkel durch angeborene Verkürzung der Beuger des Unterschenkels im Kniegelenke unausstreckbar gebogen, während das grössere Kind mit gut gebildeten äusseren weib-

lichen Genitalien versehen, ausser einem Klumpfusse des 1ten Grades keine derlei Normwidrigkeit darbot. Die Verwachsung beider Kinder erstreckte sich von dem gemeinschaftlichen, nicht verschlossenen Nabelringe, welcher eine vollkommene Vorlagerung der Baucheingeweide, namentlich einer grossen Leber, einer Milz, eines Magens und eines grossen Theiles der Gedärme bedingte, bis über die Köpfe, und zwar zwischen der vorderen und seitlichen Fläche der linken Hälfte des Körpers des grösseren, und der gleichnamigen Fläche der rechten Körperhälfte des kleineren Kindes, so dass von vorne betrachtet, beide nur einen Thorax, einen Hals und ein vollkommen gut gebildetes Gesicht darboten, während nach hinten 2 Rücken, jeder mit einer eigenen Wirbelsäule versehen, und zwar der des kleineren Kindes gerade nach hinten, der des grösseren nach rechts gekehrt, zwei Hälse mit nach rechts und links gekehrtem Nacken, und 2 eben so gerichtete Hinterhäupter vorhanden waren, zwischen welchen an der, beide Köpfe nach hinten trennenden tiefen Furche, 2 äussere Ohren, von denen jedem Kinde eines angehörte, mit einem einfachen, in der Mitte befindlichen, äusseren Gehörgange so nahe an einander gerückt lagen, dass sie eine einzige herzförmige Ohrmuschel auszumachen schienen. Die beiden anderen, ebenfalls beiden Köpfen angehörigen, Ohren lagen ganz regelmässig seitwärts des Gesichtes. In den auf diese Weise zu einem Ganzen verschmolzenen, mit langen, braunen Haaren besetzten Köpfen, auf deren gemeinschaftlichem Scheitel sich eine quadratzollgrosse viereckige Fontanelle befand, waren ausser den Gesichts- und den Stirnknochen, so viel durch die blos äussere Untersuchung ermittelt werden konnte, alle Kopfknochen doppelt vorhanden. Die Extremitäten waren vollzählig da, und zwar die oberen, mit denen sich die beiden Kinder gegenseitig umarmt hielten, so gestellt, dass die zwei von vorne sichtbaren Schultern, von denen jedem Kinde eine angehörte, 4 Zoll, die zwei hinten gelegenen, ebenfalls beiden angehörigen, nur $2^1/_2$ Zoll von einander abstanden. Das gegenseitige Verhältniss der unteren Extremitäten war von der Art, dass das rechte gebogene Knie des kleineren Kindes in der linken Schenkelbeuge, und die linke untere Extremität desselben zwischen beiden Oberschenkeln des grösseren Kindes lag. Beide Kinder hatten einen gemeinschaftlichen grossen Mutterkuchen, in welchen sich jedoch nur die Nabelschnur des grösseren einpflanzte; indem die Gefässe der verkümmerten Nabelschnur des kleineren sich allmälig, ehe sie die Placenta erreichten, in den Eihäuten verloren. Die Missgeburten wurden uneröffnet dem anatomischen Museum zur Aufbewahrung übergeben. *b) Mangel des rechten Unterschenkels und der ersten und zweiten Zehe des linken Fusses*

wurde an einem todt geborenen Knaben beobachtet, wobei das Interessante, dass der etwa 2″ lange Rest des fehlenden Unterschenkels einem Amputationsstumpfe zur Zeit der schon bald vollendeten Vernarbung täuschend ähnlich sah. *c) Verschliessung des Afters, Hypospadie, sechs Finger an der rechten Hand,* von denen der Daumen mit zwei Nägeln versehen war, *und Mangel zweier Zehen am linken Fusse* kam bei einem Knaben vor. Die den After verschliessende, beim Weinen des Kindes sich wölbende Hautklappe wurde mittelst der Schere ausgeschnitten, worauf das Kindspech sogleich abging, und der überzählige Finger durch die Enucleation entfernt. *d) Hasenscharte,* theils einfach, theils doppelt, *mit theils einfach, theils doppelt gespaltenem harten und weichen Gaumen,* in einem Falle mit gänzlichem Mangel des letzteren, kam 4mal vor. Jedesmal wurde, 16—24 Stunden nach der Geburt die Operation mittelst Abtragung der Spaltränder und Anlegung der umschlungenen Naht vorgenommen, und zwar mit dem Erfolge, dass die Vereinigung per primam intentionem sehr schnell erfolgte, so dass ein Kind vollkommen geheilt, zwei der Heilung nahe der Findelanstalt übergeben wurden. Bei einem, mit einfacher Hasenscharte, doppelt gespaltenem harten und gänzlich fehlendem weichen Gaumen war zwar die Heilung der Hasenscharte in 3 Tagen vollkommen gelungen; allein das zum Saugen ganz unfähige Kind starb Tags darauf an Entkräftung, indem es wegen Unmöglichkeit des Schlingens auch nicht künstlich ernährt werden konnte, während bei einem anderen mit doppelter Hasenscharte, fast gänzlichem fehlenden harten Gaumen, und einem, zwischen den beiden Lippenspalten befindlichen, dem Zwischenkieferknochen der Thiere entsprechenden, 2 Schneidezähne enthaltenden losen Oberkieferknochenstücke, die zum zweitenmale wiederholte Operation wenigstens den Erfolg hatte, dass dem Kinde die Möglichkeit verschafft wurde, zu saugen. — *Hasenscharte* ohne gespaltenen Gaumen kam nur einmal vor, und die 24 Stunden nach der Geburt vollzogene Operation hatte den erwünschten Erfolg. *Ein mit doppelt gespaltenem harten und einfach gespaltenem weichen Gaumen ohne Hasenscharte* geborenes Kind starb am 7ten Tage nach der Geburt an Entkräftung in Folge des Unvermögens zu saugen. — *Von angeborenen Krankheiten* kamen folgende interessantere Fälle vor: *a) eine Struma lymphatica congenita* von bedeutender Grösse. Besserung erfolgte auf den Gebrauch der grauen Quecksilbersalbe. *b) Angeborene allgemeine Sklerose* bei einem vollkommen ausgetragenen Knaben. Er war durchaus steif, so dass die Gliedmassen nicht bewegt werden konnten. Die sehr gespannte, glatte, überall hart anzufühlende Haut war von gelblicher Farbe mit

einem Stich ins Rothe. Trotz dem wahrgenommenen einmaligen Versuche zu athmen, blieben doch alle Belebungsversuche fruchtlos. Bei der Section fand man das ganze, besonders das Unterhautzellgewebe mit einem dicklichen, dunkelgelben Serum infiltrirt, die Kopfbedeckungen sehr blutreich, den Sichelblutleiter von Blute strotzend, in der Gegend des rechten Felsenbeines ein Blutextravasat, das submucose Zellgewebe des Kehlkopfes oedematös, die rechte Lunge mit einer mässigen Menge Luftbläschen besetzt. — *Von den während und nach der Geburt entstandenen Kinderkrankheiten* waren folgende bemerkenswerth. *a)* Ein während einer schwierigen Extraction entstandener *Schlüsselbeinbruch* des Kindes heilte binnen kurzer Zeit vollkommen. *b) Blutkopfgeschwulst der Neugeborenen* wurde 4^{mal} beobachtet, und zwar sowohl nach schweren als leichten, natürlichen und künstlichen Geburten; 1^{mal} sogar an einem Kinde, das mit vorangehendem Rumpfe geboren wurde. Die sogleich vorgenommene Entleerung mittelst des Schnittes mit nachfolgendem leichten Compressionsverband hatte den Erfolg, dass 2 von den Kindern vollkommen, und zwar in sehr kurzer Zeit geheilt, die anderen, der Heilung nahe auf die Findelanstalt transferirt werden konnten. *c) Blutharnen* bei einem 2 Tage alten Knaben verlor sich in 2 Tagen von selbst. *d) Eine der Menstruation Erwachsener vollkommen ähnliche Blutentleerung aus den Genitalien* bei einem 3 Tage alten Mädchen mit sehr entwickelten turgescirenden äusseren Geschlechtstheilen und sehr weiter Scheide hörte in 2 Tagen von selbst auf. *e) Von Zellgewebsverhärtung der Neugeborenen* wurden 3 Fälle Gegenstand der Beobachtung, welche jedoch sämmtlich binnen 24—48 Stunden tödtlich endeten. — Dr. Goyrand zu Aix (G. H. 11) berichtet von einem Falle von *angeborenem Nabelbruche,* welcher fast sämmtliche Unterleibseingeweide in seinem Bruchsacke enthielt, in seiner grössten Ausdehnung 8″ 7‴ und an der Basis 7″ 9‴ mass, wobei das Kind regelmässig seine Stuhl- und Urinentleerung hatte, übrigens sich wohl befand. Wiewohl das Kind für nicht lebensfähig erklärt wurde, lebte es dennoch $2^1/_2$ Monat, nachdem der Inhalt des Bruchsackes reponirt, der Nabelstrang und die Lamellen des Sackes theils durch Suppuration, theils mittelst der Schere entfernt, und der Bruch auf die Grösse von 2 Frankenstücken reducirt war. Eines Tages jedoch erkrankte das Kind unter Erbrechen und Stuhlverstopfung, also unter Zeichen von Ileus, und starb binnen 4 Tagen; leider wurde die Leichensection nicht gemacht.

Pluskal (W. Ö. 1843. n. 26) berichtet einen Fall von *Berstung eines* **Varix des Nabelstranges**, welcher zu einer der Metrorrhagie ähnlichen Blutung Anlass gab. Jede Wehe stiess eine bedeutende Menge eines dickflüssigen und dunkelrothen Blutes aus den Genitalien heraus,

ohne dass in der wehenfreien Zeit die Blutung unterbrochen worden wäre. Die äussere Untersuchung bot gar nichts Ungewöhnliches dar, und die innere bestätigte die Vermuthung einer Placenta praevia nicht. P. hatte daher Grund eine partielle Lostrennung der Placenta von ihrer Anheftungsstelle zu vermuthen, und fand sich wegen des bedeutenden Blutverlustes genöthiget, die Geburt künstlich mittelst der Wendung des Kindes auf die Füsse zu beschleunigen. Mit Mühe wurde ein todtes, mit allen Symptomen der Anaemie behaftetes Mädchen zu Tage gefördert. Da zeigte sich nach genauer Untersuchung die ungewöhnliche Quelle der Haemorrhagie. Die 20 Zoll lange, mannsdaumdicke Nabelschnur war nämlich 5 Zoll von der Placenta in ein Knie gebogen, und die Spitze der knieförmigen Krümmung in einen hühnereigrossen, dünnhäutigen, jetzt geborstenen und zusammengefallenen Sack (Varix) ausgedehnt, der in Folge des durch das abgeflossene Fruchtwaser aufgehobenen Gegendruckes und der Quetschung zwischen einem harten Kindestheile und der Uteruswand, während der intensiver drängenden Wehen platzte, und die beschriebene Haemorrhagie verursachte. Ausserdem fanden sich an dem Nabelstrange noch drei etwa haselnussgrosse Varices vor. Die Entbundene hatte ein ziemlich gesundes Wochenbett.

Als Beitrag zur Lehre von der künstlichen und natürlichen Ernährung der Säuglinge dienen die *chemischen Untersuchungen über* **Frauenmilch** *und* **Kuhmilch** von Haidlen (B. Chem. Bd. 1. H. 1). Frauen- und Kuhmilch enthalten nebst den gewöhnlichen Salzen, als phosphors. Kalk, phosphors. Magnesia, phosphors. Eisenoxyd, Chlorkalium, Chlornatrium, Natron, in 100 Theilen: *Kuhmilch* 3 Th. Butter, 4,6 Milchzucker und 5,1 Casëin, *gesättigte Frauenmilch* 3,4 % Butter, 4,3 % Milchzucker und 3,1 % Käsestoff. Unter dem Namen **„Omphalitis** *exsudativa infantum*“ beschreibt Dr. Otto Friebe (J. Kdk. Bd. 1. p. 260) einen bei 3 kachektischen, von dyskratischen Eltern erzeugten Kindern in den ersten Tagen nach der Geburt beobachteten Krankheitszustand, der durchgehends tödtlich, zu Folge der im Leben beobachteten Symptomengruppe und den Resultaten der pathologischen Section eine mit Erysipelas und oedematöser Infiltration der Nabelgegend einhergehende Phlebitis umbilicalis darstellte. Fruchtlos wurden dagegen locale Blutentleerungen, Hydrargyrum, graue Quecksilbersalbe und Ol. Ricini angewendet. Günstigere Erfolge sah Trousseau (G. H. 7) *beim Erysipelas der Säuglinge* von allgemeinen Bädern von Alkohol (3—500 Gramm.) mit Sublimat (50 Centigramm. bis 1 Gramm.) und Kataplasmirung der örtlich afficirten Stellen mittelst eines Teiges von Brodmehl und etwas Alkohol.

Die heilsamen Wirkungen von *Jod und Jodkali im* **Hydroce-**

phalus *acutus* finden abermals ihre Bestätigung in Beobachtungen und Erfahrungen deutscher und französischer Ärzte. So bekräftigt Dr. Amelung (J. 2. p. 2) die Erfahrungen von Röser, Seyffert, Dietrich u. A. durch Anführung mehrerer glücklich mit Jod behandelten Fälle, räth übrigens, es nur im Exsudativstadium anzuwenden, braucht auch keine so heroischen Gaben, wie die früheren Ärzte. — Dr. Christien (G. 2) theilt einen mit Jodkali glücklich behandelten Fall von Hydrocephalus im 2ten Stadium mit, wo nach fruchtloser Behandlung mit Abführmitteln, Blutentleerungen, Hautreitzen, dennoch das Exsudativstadium der Gehirnkrankheit nicht verhütet werden konnte. Es wurde nun nach der Methode der englischen Ärzte Maunselle und Evanson Jod in Anwendung gezogen, und zwar: Jodkali 8 Decigram.; Jod. 2 Decigram.; destillirtes Wasser 32 Gram. (also beiläufig $^1/_2$ Scrupel Jodkali und $2^1/_2$ Gran Jod auf 1 Unce Wasser); hiervon wurde 4stündlich ein Kaffeelöffel voll gereicht; nebstbei auf den Kopf Deuterojodas hydrargyr. eingerieben. Erst zwischen dem 3.—4. Tage stellte sich Empfindlichkeit und Beweglichkeit der Iris ein, das Kind wurde ruhiger, die automatischen Bewegungen der Extremitäten hörten auf, der Puls wurde freier, und in die linksseitige obere und untere gelähmte Extremität kehrte einige Empfindlichkeit und Beweglichkeit zurück; vollständige Genesung erfolgte erst nach Ablauf von 2 Monaten. Dr. Charles West, Arzt am kön. Kinderhospitale zu London, lieferte einen Aufsatz über *einige Formen von* **Paralyse** *im kindlichen Alter* (J. Kdk. Bd. 1. p. 408). Nach gehöriger Würdigung der über diesen pathologischen Zustand bis jetzt bekannten Forschungen englischer Ärzte, namentlich von Shaw, Underwood, Marshall Hall, Henry Kennedy, M' Cormac und Colmer unterscheidet Dr. West *drei Klassen* von Paralyse im kindlichen Alter, und zwar *a)* angeborene Lähmung, die gewöhnlich einseitig ist und häufiger die unteren als oberen Extremitäten betrifft; *b)* Lähmungen, die von Störungen der Gehirnfunctionen begleitet werden, oder Folgen der letzteren sind. Diese Art von Paralysen kommen weit häufiger als die vorigen vor, sie befallen grösstentheils Kinder, in der Gehirnevolutionsperiode, daher ihr häufigeres Auftreten zur Zeit der Dentition, und lassen, insoweit denselben kein rein organisches Leiden des Gehirnes oder Rückenmarkes (wie z. B. Tuberkeln, Encephalo- oder Myelomalacie) zu Grunde liegt, eine noch ziemlich günstige Prognose zu. *c)* Lähmung ohne irgend ein Zeichen von Gehirnkrankheit. (War auch bei allen unter dieser 3ten Rubrik angeführten Fällen kein offenbares Zeichen von Gehirnleiden vorhergegangen, so scheint doch die von W. angegebene Symptomengruppe keineswegs geeignet, den Verdacht eines Leidens der unteren Partien des Rückenmarkes zu entkräften. Ref.) Diese Art von Paralyse befällt gewöhnlich

eine untere Extremität; sie ist unvollkommen, indem einige Kraft, die Zehen zu bewegen, übrig bleibt; auch nimmt das Gefühlsvermögen nicht ab, im Gegentheile ist manchmal gesteigerte Sensibilität vorhanden, was beim Sitze der Affection in der unteren Extremität zu der Annahme eines Hüftgelenksleidens leicht verleiten könnte. In solch einem Falle stützt das Kind seine ganze Last auf die gesunde Extremität, dreht den Fuss der ergriffenen Seite beim Gehen nach innen und steht, indem es mit den Zehen dieses Fusses sich auf den Fussrücken der gesunden Seite auflehnt. Man findet gewöhnlich, dass die gesteigerte Sensibilität des gelähmten Schenkels zu verschiedenen Zeiten verschieden ist, während bei Knie- und Hüftgelenksleiden der Schmerz constant erscheint und ein für die Krankheitsformen charakteristisches Merkmal bildet. — Für die erste Form der Paralyse, als Folge einer während des Uterinlebens im Foetusorganismus dagewesenen Krankheit, oder fortbestehender angeborener Missbildung in einem der Centra des Nervensystems gibt es keine Therapie; in den 2 anderen Arten der Lähmung ist dieselbe jedoch stets auf das ursächliche Leiden zu beziehen; am günstigsten sollen jedoch nach W. Abführmittel zeitweise gereicht, in der letzten Form sich bewährt haben. — Beachtenswerth sind M'Cormac's (J. Kdk. Bd. 1. p. 301) Erfahrungen *über die Behandlung der Paraplegia infantilis durch* **Kneten.** Organische Leiden des Rückenmarks, die eine Paraplegia bedingen, können durch diese Behandlungsmethode nicht geheilt werden, wohl aber jene Fälle, denen ein temporäres Leiden des Rückenmarks, eine Rückenmarkserschütterung und deren Folgen, noch mehr aber, denen ein pathischer Zustand des *Nervus ischiadicus* zu Grunde liegt. In der Regel entspringen letztere Leiden wegen der Zartheit der kindlichen Organisation aus traumatischen und rheumatischen Affectionen. Dauert die Krankheit lange, so werden die Muskeln durch Nichtübung ganz unfähig, ihrer Function als Organe der Bewegung vorzustehen, wenn auch die Ursache der primären Paralyse vielleicht schon entfernt ist. So konnte in Folge eines Leidens des Nervus ischiadicus beiderseits ein Knabe von 4 Jahren zwar gehen, aber mit grosser Schwierigkeit, und sehr langsam, indem er jeden Fuss hob, als wenn er ihn aus einem zu enge gemachten Stiefel oder aus Lehm herausziehen wollte. Mässige active und passive Bewegung, kräftige Nahrung, Offenhalten des Leibes, fleissiges Reiben und Kneten des Rückgrates und der Extremitäten, gewöhnliche kalte, und später Seebäder erzielten binnen mehreren Monaten ein so erfreuliches Resultat, dass der kleine Patient, von jeder Schwäche frei, laufen und springen konnte. Ein grösseres Staunen dürfte jedoch die Heilung eines Falles von *Lähmung einer unteren Extremität* bei einem Mädchen erregen, welche als Kind zur gehörigen Zeit zu

gehen anfing, dann aus unbekannter Ursache plötzlich lahm wurde, und in diesem Zustande fast durch 20 *Jahre* verblieb. Die Extremität war von der gehörig entwickelten Hüfte an vollkommen abgemagert, nicht stärker als die eines Kindes von 3 Jahren, der Fuss klein und schlaff, ohne irgend eine Hervorragung der Wade, die Muskeln welk und sehr kalt; am Knie fand sich eine starke Auftreibung, wo ein stählerner Stiefel von 4—5 Pfund Gewicht bis nahe an das Becken reichend, befestigt war, mit dessen Hülfe das arme Mädchen sich kaum aufrecht zu bewegen vermochte. Das Rückgrat war frei von jedem Schmerze, von jeder Verkrümmung. Beide Extremitäten waren gleich lang, der Körper gut entwickelt und frei von allen constitutionellen Leiden. Die primäre Ursache der örtlichen Paralyse hatte ohne Zweifel schon lange zu wirken aufgehört, aber eine bleibende Muskelunthätigkeit zurückgelassen. Die ziemlich corpulente Kranke wurde auf quantitativ und qualitativ schwächere Kost gesetzt, ihr ganzer Körper, besonders aber das Rückgrat und die atrophische Extremität kalt gewaschen, gedouchet, dann stark gerieben und geknetet, das welke Bein in jedem Gelenke flectirt und extendirt, rotirt, ab- und adducirt, und der stählerne, jahrelang getragene Stiefel ganz beseitigt; die Kranke endlich zu einer mässigen activen und passiven Bewegung veranlasst, worauf jeden Abend eine bedeutende Ermüdung und fester Schlaf folgte. Anfangs war die Kraft, das Bein zu gebrauchen, fast für Nichts zu achten, aber allmälig nahm dieselbe zu; die Kranke konnte das Glied flectiren, extendiren und rotiren. Ihre Anstrengungen in der horizontalen Lage reichten hin das Bein zu erwärmen, wozu früher äussere Wärme und dicke Decken von Flanell nöthig waren. Zusehends nahm das Bein an Umfang zu, es entwickelten sich oberflächliche Venen und eine zwar dünne, aber nicht übel aussehende Wade, und die Kranke konnte mit geringer Unterstützung sich aufrecht halten und selbst etwas gehen. Nach 4—5 Monaten der Behandlung begab sie sich an jedem schönen Morgen in die freie Luft, und konnte Treppen auf- und absteigen. Früher waren Blasenpflaster auf dem unteren Theil des Rückgrats und Strychnin endermatisch ohne Erfolg angewandt worden; erst nach kräftiger Entwickelung der Muskeln stellten sich merkwürdiger Weise Zuckungen und Contractionen ein, wie sie nach dem Gebrauche des Strychnins zu erfolgen pflegen. Seebäder vollendeten die Heilung. (Wenn alle diese Angaben genau sind, so muss man diese Cur als einen Triumph der Heilkunst ansehen. Ref.)

Den Ausbruch heftiger **Convulsionen** *bei Kindern im Beginne exanthematischer Krankheiten* schreibt Laycock (J. Kdk. Bd. 1. p. 237) einer Blutinfection mit dem exanthematischen Gifte und hierdurch herbeigeführter Gehirn- und Rückenmarksreitzung zu, und Dr. Stocker

erwähnt in seinen pathologischen Beobachtungen den Fall eines jungen Mädchens, zu dem er hinzugerufen wurde, als es anscheinend schon im Sterben lag. Die Kraft zu sprechen, zu schlucken oder irgend eine willkürliche Bewegung auszuführen, war gänzlich aufgehoben; vollständige Lähmung der rechten Seite hatte sich eingestellt und fortwährende Convulsionen erschütterten die linke. Angemessene Mittel wurden sogleich eifrig angewendet und zuletzt fing das Blut an aus der Vene zu fliessen, die gleich beim ersten Anfalle geöffnet war. Nach einem ruhigen Schlafe zeigte sich beim Erwachen gar keine Spur einer Nervenkrankheit, aber eine bedeutende Hitze blieb zurück. Am 4. Tage nach dem ersten Anfalle brachen die Masern mit der gewöhnlichen Bronchialaffection verbunden hervor.

Zur Behandlung des **Wasserkrebses** lieferte Henry Obre (N. Bd. 28. n. 10) einen interessanten Beitrag. Um im Anfange das rasche Umsichgreifen dieses furchtbaren Übels zu verhüten, empfiehlt H. Obre eine strenge Berücksichtigung der allgemeinen Symptome, die Darreichung von tonischen Mitteln und Verhütung des Sinkens der Kräfte durch sorgfältige Stillung der Diarrhoee; örtliche Applicirung einer Abkochung von Eichenrinden oder Tormentillwurzel, so wie der Salz- und Salpetersäure. Bleiben diese Mittel ohne Erfolg, und wird die äussere Decke zerstört, dann bewährt sich nach O. das Glüheisen am wirksamsten. Die Application des rothglühenden Eisens auf das Gesicht erscheint zwar furchtbar, aber sie kann, ohne Schmerzen zu verursachen, geschehen. Ein flaches Stück Stahl (oder vielleicht lieber von Bein oder Holz?) wird längs der Zunge eingeführt, um diese zu schützen, und das Glüheisen dann an die ganze gangraenöse Partie applicirt. Sobald irgend ein Punkt unberührt geblieben ist, schreitet der an anderen Stellen zum Stehen gebrachte Brand an diesem Punkte weiter. Nach der Application des Glüheisens lege man einen Breiumschlag auf. Nach ein bis zwei Tagen fällt der Schorf ab, und die Wunde zieht sich bald unter Bildung von Granulationen zusammen. Zwei Fälle von Noma, der eine nach Typhus, der andere nach Masern, werden als Beweise aufgeführt, von denen der erstere nach zweimaliger Application des Glüheisens genas, der andere tödtlich endete.

Zwischen *Angina membranacea (dem wahren exsudativen* **Croup)** *und der Laryngitis stridulosa* **(Pseudocroup,** *krampfhaftem Croup)* stellt Putegnat (J. Kdk. Bd. I. H. 4) folgende *diagnostische Differenzen* ohne Begründung durch pathologische Anatomie auf: 1) Im Verlaufe der Angina membranacea nimmt man eine immerwährende, lebensgefährliche Steigerung aller Symptome wahr; dies gilt namentlich von den Erstickungszufällen, von der Trockenheit des Hustens, von der erlöschen-

den Stimme und dem laryngo-trachealen Pfeifen. In der einfachen Angina stridulosa beobachtet man einen umgekehrten Gang, der erste Anfall ist der heftigste; gewöhnlich ist die Suffocation sehr bedeutend, das Gesicht blass und mit Schweiss bedeckt, und die Lippen violett; die anderen Anfälle sind minder heftig. 2) In der Angina membranacea findet man unter 20 Fällen 19mal im Beginne einige hautartige Ausschwitzungen auf den Tonsillen, dem weichen Gaumen oder auf der hinteren Wand des Pharynx; im falschen Croup nichts dergleichen. 3) In der Angina stridulosa ist die Stimme heiser, aber deutlich vernehmbar, im Croup ist sie rauh, schwach, gedämpft, und es tritt ein Zeitpunkt ein, wo der Kranke ganz stimmlos ist. In der letzteren Affection nimmt die Veränderung der Stimme stets zu, während bei der ersteren das Gegentheil Statt findet. 4) Das Pfeifen im Larynx findet sich in beiden Krankheiten und dauert während der Intervalle der Anfälle fort. Nur im wahren Croup ist es bis zum Ende trocken, wofern derselbe nicht einen glücklichen Ausgang nimmt; im falschen Croup nimmt diese Trockenheit und Sonorität wie bei der Stimme ab, und wird zuletzt feucht. 5) Nach Trousseau ist der croupöse Husten bei sehr jungen Kindern jedesmal das Zeichen einer acuten Entzündung der Schleimhaut des Larynx. Der Husten, der den wahren Croup begleitet, und rauh, trocken, sonor, hellklingend ist, wird nach und nach immer schwächer, und hört zuletzt ganz auf; im falschen Croup bleibt der Husten immer croupös. 6) Der wahre Croup ist fast immer vom Fieber begleitet, während dasselbe in der Laryngitis stridulosa fast immer fehlt. 7) Wenn das Kind während des Wachens oder beim Spiel von der Angina stridulosa befallen wird, so sind die ersten Anfälle gewöhnlich weniger heftig, als wenn es eingeschlafen ist (Guersent); nichts Ähnliches (?) findet sich in der Angina membranacea. — *Als diagnostische Zeichen des* **Asthma thymicum** (A. Koppii) gibt Putegnat (l. c. H. 4) an: 1) Ein eigenthümlicher Laut, dessen Art einige Ähnlichkeit mit der des Keuchhustens und Croups hat. 2) Contractionen der Lumbricalmuskeln und Adductoren der Daumen. 3) Vorfallen der Zunge während der Anfälle wie in den Intervallen und im Schlafe. 4) Bisweilen das Vorhandensein einer Geschwulst, welche die Luftröhre comprimirt, und sich hinter das Brustbein herabsenkt und die Allen Burns immer angetroffen haben will. 5) Dumpfer und matter Ton längs des Brustbeines, wenn die Drüse einen bedeutenden Umfang erreicht hat. 6) Abwesenheit des respiratorischen Murmelns unter dem Brustbein. 7) Das Fehlen der plessimetrischen und stethoskopischen Zeichen, welche eine Krankheit des Larynx, der Luftröhre, der Bronchien, des Lungengewebes, der Pleura bekunden. 8) Kurze, pfeifende, abgebrochene Inspira-

tionen, von denen 5—6 schnell auf einander folgen, ehe eine Exspiration eintritt, die von der letzten Inspiration durch ein langes Intervall geschieden ist. 9) Symptome von Asphyxie und Apoplexie. 10) Bedeutende Schwäche und Frequenz des Pulses. 11) Anfälle von Erstickung in sich immer mehr und mehr nähernden Zwischenräumen auftretend, besonders während des Schlafes, in der Rückenlage des Kindes und durch Schreien, Weinen u. a. m. hervorgerufen.

Dr. Bailly (J. Kdk. Bd. 1. H. 4) glaubt die Ansicht aufstellen zu dürfen, dass der *Keuchhusten* in sehr vielen Fällen *acutes* **Lungenemphysem** zur Folge habe. Der Keuchhusten bietet nämlich ein nervöses Element dar, dessen Wirkung sich nicht auf die Muskeln der Stimmritze beschränkt, sondern sich vielleicht auf die äussersten Bronchialäste und auf die Lungenzellen selbst erstreckt. Diese sollen in Folge der veränderten Innervation des Nervus vagus eine Verminderung ihrer Contractilität und Elasticität erleiden, durch die inspirirte Luft immer mehr ausgedehnt werden, und sonach durch Verhinderung der capillären Circulation eine unvollkommene Haematose, Dyspnoee und das ganze Gefolge der dem Emphysem eigenthümlichen Symptome verursachen.

Die **Anaemie** *der Kinder* ist nach Becquerel (Jb. 4) ein symptomatischer Zustand, der sich durch Wachsfarbe und halbdurchscheinende Blässe der Haut, Magerkeit, Schwäche, Unvermögen rascher zu laufen und Anhöhen zu besteigen, allerlei Gelüste des Appetites, mühsame Verdauung, Neigung zum Durchfall, Kurzathmigkeit, Herzpochen besonders nach stärkeren Bewegungen, zeitweises Blasegeräusch im Herzen und in den Karotiden auszeichnet. Das Blut ist dabei arm an Kügelchen, eben so nicht selten der Eiweissgehalt des Serums vermindert; der Zustand ähnelt daher der Chlorose. Solche Kinder sind ungewöhnlich zu allerlei Krankheiten geneigt, insbesondere zu ansteckenden, zur Entzündung der Lungen, des Dünn- und Dickdarmes, zu chronischen Exanthemen; ferner kommen bei ihnen Hautverschwärungen und selbst brandige Zerstörungen der allgemeinen Bedeckungen und der Mundhöhle, ferner Wassersucht, Leukorrhoeen häufiger vor, Blutungen hingegen nur äusserst selten: dagegen zeigen anaemische Kinder eine besondere Neigung zur Entwickelung von Tuberkeln. Als Ursachen der Anaemie bei Kindern müssen angesehen werden: alle erschöpfenden Einflüsse, unzureichende Nahrung, Lichtmangel, ungesunde, feuchte Wohnung, übermässige, frühzeitige Geistes- und Körperanstrengung, Masturbation und sparsamer Schlaf; nebstbei Reconvalescenz nach schweren, lebensgefährlichen Krankheiten, wie z. B. nach Typhus, nach acuten Exanthemen, nach strenger Antiphlogose, Haemorrhagien, profusen Schweissen,

Durchfällen, langwierigen Eiterungen, stark vermehrter Harnabsonderung. Anaemie ist ein treuer Begleiter der Scrofelsucht und Rhachitis, der Tuberculose, so lange die Abscheidung des Tuberkelstoffes zwar noch nicht wirklich erfolgt, aber alles zu deren Geschehen vorbereitet ist. Tuberculöse Anaemie wird leicht mit Chlorose verwechselt, daher die Berichte über Chlorose bei Kindern; als diagnostische Merkmale dienen daher: 1) die veranlassenden Momente, 2) das gleichmässige Vorkommen der Anaemie bei beiden Geschlechtern, 3) die wesentliche Verschiedenheit einiger Symptome. — Welch' eine *grosse Menge von* **Spulwürmern** von einem Kinde abzugehen vermag, beweist der von Dr. Gilli in Turin (J. Kdk. Bd. 2. H. 1) beobachtete Fall bei einem Knaben, wo unter gastro-enteritischen, später grösstentheils rein nervösen Symptomen innerhalb 8 Tagen 510 theils todte, theils lebendige Spulwürmer durch Mund und After entleert wurden, worauf das Kind in sehr kurzer Zeit vollkommen genas. *Dr. Quadrat.*

Chirurgie.

Zur Heilung *der* **erectilen Geschwülste,** oder sogenannten Muttermale theilte Dr. Lafargue (G. 5. p. 76) der Akademie der Wissenschaften zu Paris ein schnelles und einfaches Mittel mit. Es besteht darin, dass man in die Oberfläche und den Umkreis der Geschwulst mit einer *in Krotonöl* getauchten Lancette 5 bis 6 Stiche macht. Jeder Stich bildet bald eine grosse Blatter, die sich in 36 Stunden in eine schöne Pustel verwandelt. Indem die Pusteln zusammenfliessen, entsteht eine an der Basis rothe, heisse, schmerzhafte, harte Geschwulst, die das ganze erectile Gewebe einnimmt und zerstört, überhaupt mit dem gutartigen Anthrax viel Ähnlichkeit hat. Später verwandelt sich die Geschwulst in ein Geschwür, das man auf gewöhnliche Weise zu behandeln hat.

Mit der *Wiener Ätzpaste* behandelte Dr. Payan (Bullet. de thérap. 1843. Juin) *vier* **Ganglien.** Das erste war von dem Umfange einer grossen Mandel in der Gegend des Handgelenkes zwischen dem unteren Ende des Radius und den Sehnen des oberflächlichen Beugers. Die Paste wurde bei unbedeutendem Schmerze durch 12 Minuten angewendet. Nach der Application wurde die Stelle einige Male mit kaltem Wasser abgewaschen, dann ein Stück Diachylon darauf gelegt. Am 4. Tage entleerte sich die Geschwulst, die Cyste exfoliirte sich und nach 25 Tagen befand sich eine feste Narbe an der Stelle. Das zweite befand sich am Rücken der Hand und war nach 25 Tagen unter derselben Behandlung vernarbt. Das dritte war an der äusseren Gegend der Rückenfläche des linken Fusses, heilte schnell bei derselben Behandlung. Bei dem vierten endlich am oberen Theile der Handfläche von der Grösse einer

Haselnuss erfolgte Heilung nach 14 Tagen. P. bemerkt, dass er auch bei anderen oberflächlich gelegenen Sackgeschwülsten, die auch kein grosses Volumen erreicht haben, die Ätzpaste mit günstigem Erfolge angewendet habe. *Dr. Kahler.*

Den *Mechanismus des* **Lufteintritts** *in die Venen* bei Operationen am Halse sucht Dr. Saurel (E. 1843. 11. p. 122) durch die Action der Halsmuskeln, namentlich des Platysma-myoides und des Kopfnickers auf die daselbst verlaufenden Venen zu erklären, die sich bei jeder Inspiration von den Venen entfernen, und so durch Aufhebung des Druckes auf dieselben deren Erweiterung gestatten, was bei der tiefen und beschleunigten Respiration im höchsten Grade Statt findet, während sie sich bei der Exspiration an die Venen anlegen, und so das enthaltene Blut mit Kraft gegen das Herz hintreiben, und dessen Rückfluss unmöglich machen. Der so plötzlich erfolgende Tod kann seiner Meinung nach nur durch unmittelbare Einwirkung auf das verlängerte Mark ausgehen, da nur Verletzungen dieses Organs einen so schnellen Tod nach sich zu ziehen pflegen. — *Einen neuerlichen Fall von Lufteindringen in eine grosse Vene* während der Exstirpation einer Krebsgeschwulst von der Grösse einer Orange, die sich vom oberen Ende des rechten Kopfnickers bis zur Mitte des Halses erstreckte, beobachtete Dr. Riberi (N. Bd. 29. N. 7). Nachdem die Geschwulst von unten, wo sie am wenigsten adhärirte, nach aufwärts schon grösstentheils lospräparirt war, trat plötzlich eine heftige venöse Blutung ein; man unterschied wenige Augenblicke nachher einen sehr deutlichen Zu- und Abfluss des Blutes in einer grossen Vene, welche durch die Hervorhebung der Geschwulst in einen offenen Canal umgewandelt worden war, zugleich hörte man ein langgezogenes gluckendes Geräusch wie beim Ausschlürfen einer Flüssigkeit, die Kranke wurde blass, und sank mit dem Ausrufe „ich sterbe“ in Ohnmacht. In dieser kritischen Lage drückte Dr. Riberi rasch mit der rechten Hand den Bauch der Patientin, um das Herabsteigen des Zwerchfells zu verhüten, während er mit der linken Hand einen starken Druck auf die Vena jugularis interna in der Gegend der oberen Brustapertur ausübte. Man schloss sogleich die Wunde, brachte die Kranke in eine horizontale Lage, bespritzte ihr Gesicht mit kaltem Wasser, und frottirte die Extremitäten. Nach einer Minute erholte sich die Kranke wieder, R. legte um die Basis der Geschwulst eine doppelte Ligatur, und tamponirte die blutende Stelle. Noch ist zu erwähnen, dass Dr. Riberi, nachdem der erste Schreck vorüber war, einen Druck auf die Drosselader von unten nach oben anwandte, um durch die offen gelassene Wunde die Luft, welche im Gefässe etwa noch zurückgeblieben sein sollte, hinaustreten zu lassen.

Bei *traumatischen* **Verletzungen** rühmt Lallemand zu Montpellier (W. Ö. 5) grosse Gaben von *Tartarus stibiatus*, und zwar besonders in jenen Fällen, wo durch Blutentleerung zu grosse Schwächung des Kranken zu befürchten wäre. — *Über die Wirksamkeit der Arnica montana bei äusseren Verletzungen* theilt Dr. Haurowiz aus Sct. Petersburg (Zg. Russ. 3) einige Bemerkungen mit, und fordert zu Versuchen mit diesem Heilmittel in Krankenanstalten auf. Er schlägt zum äusseren Gebrauche eine Mischung von Blüthen und Wurzeln vor, da erstere einen eigenen scharfen Extractivstoff und ein ätherisches Öl, die letzteren aber Tanin enthielten, während das Kraut weniger wirksam sein soll. Auch müsse die zu derlei Versuchen gewählte Pflanze so frisch und kraftvoll als möglich sein. Nach Le Mercier gebe es ein Insect, Musca arnicae, welches seine Eier vorzugsweise in die Blumen legt, wodurch diese verdorben werden. Die Form, in der er das Mittel angewendet wissen will, ist ein Infusum florum und radicis aa. dr. duas — unc. semis auf ein Pfund Colatur, wovon er Anfangs kalte, später laue Fomente macht, oder die Tinct. simplex mit Wasser verdünnt; auch innerlich wandte er sie gleichzeitig in Fällen von schwerer Commotion an.

Bei der *Behandlung von* **Wunden** räth Blandin (G. 19) den ersten *Verband* nicht nach der Vorschrift der älteren Wundärzte bis zum dritten oder vierten Tage liegen zu lassen, sondern denselben bereits nach 24 Stunden abzunehmen und durch einen neuen zu ersetzen; dadurch sei man erstlich gegen Nachblutungen aus kleinen Gefässen, die sich bei grösseren Operationen anfänglich zurückziehen, und erst später, wo der Spasmus aufhört, bluten, gesichert; die Entzündung erreiche nicht so leicht einen zu hohen Grad, und die schnelle Vereinigung werde weder dadurch, noch durch eine blutige Exhalation in der Wunde gestört; ebenso werde man bei dieser Vorsicht viel seltener Erysipele oder Phlegmonen in der Umgebung von Wunden beobachten.

Tetanus *und schnellen Tod in Folge des Ausschneidens eines Leichdorns* bei einem 35jährigen Bedienten beobachtete Dr. Casper (W. 6). Bei der Section des Fusses, die allein gestattet wurde, fand man Eiter unter den Hautdecken. Die auf dem Gelenke sitzende Bursa mucosa war mit Blut angefüllt, aber an den zu den Zehen gehenden Zweigen des Nervus peroneus wurden keine Spuren von Entzündung gefunden.

Einen Fall von *penetrirender Schusswunde der* **Brust** *mit Lungenverletzung* und nachfolgender fast vollkommener Heilung bei zurückgebliebenem fremden Körper theilt Dr. Rheindorf mit (C. Rh. 4). — Einen anderen, sehr interessanten Fall von *Verletzung des linken* **Herzventrikels** bei einem Mörder erzählt Dr. Baird (G. 2. p. 26). Die

$^1/_2$ Zoll lange Wunde drang zwischen der 5ten und 6ten Rippe ein, und ging in querer Richtung durch die vordere Wand des linken Ventrikels. Der Verletzte war noch etwa 150 Ruthen bis auf ein benachbartes Feld gelaufen, wo er erst todt zusammensank. Im Herzbeutel war wenig Blutcoagulum angesammelt, hingegen im linken Pleurasacke gegen drei Pinten theils flüssiges, theils coagulirtes Blut; der Tod scheint daher hier erst in Folge des grossen Blutverlustes erfolgt zu sein. — Einen Fall von *Ruptur des* **Netzes** mit innerer Blutung, die bei einem Husaren beim Galoppiren über eine Barrière erfolgt war, und wobei der Kranke sogleich ein eigenthümliches innerliches Knacken wahrgenommen haben soll, theilt Dr. Derner (W. 4) mit. Der Tod erfolgte nach 36 Stunden. — Zwei Fälle von *penetrirenden Bauchwunden* theilt Dr. Arntz (Z. Ausl. Bd. 25 H. 1) mit. Der erste Fall betraf einen 15jährigen Bauernburschen, der sich beim Herabgleiten von einem Heuschober ein zufällig an der Seite desselben stehendes spitzes Instrument auf vier Zoll tief unterhalb des Ligamentum Faloppii in den Unterleib stiess. Obwohl eine vorgefallene Dünndarmpartie sogleich zurückgebracht worden war, und deren Wiedervorfallen durch Anlegung einer Spica inguinalis verhindert wurde, so erfolgte dennoch bereits am folgenden Morgen der Tod bei vollem Bewusstsein des Kranken. Die Section unterblieb. Der 2te Fall war ein wiederholter Selbstmordversuch bei einer 53jährigen Tischlerswittwe, die sich vor einigen Jahren bereits einen Schnitt ins linke Ellenbogengelenk beigebracht hatte, ohne die Arterie zu treffen, und wieder hergestellt wurde. Diesmal stiess sie sich ein 5 Zoll langes Rasirmesser (?) ins Epigastrium, und wurde erst 3 Stunden nach der That im Blute schwimmend gefunden. Da trotz des Eindringens in das Cavum peritonaei kein Darmvorfall zugegen, auch keine Verletzung der nahe liegenden Organe nachweisbar war: so wurde die 1 $^1/_2$ Zoll lange Wunde vereinigt und strenge Antiphlogose angewandt. Nach 3 Wochen war die Wunde vollkommen vernarbt, und die Kranke legte keinen weiteren Hang zum Selbstmord an den Tag.

Einen besonders interessanten Fall *von Zerreissung der* **Arteria tibialis** *postica mit Delirium tremens potatorum* bei einem 52jährigen rüstigen Trinker theilt Primarwundarzt Lorinser (Jb. Ö. 1. p. 37) aus D. Sigmund's Abtheilung im Wiener k. k. allg. Krankenhause mit. Die Verletzung war in Folge von Überfahrenwerden entstanden, und bei der Aufnahme des Kranken fand man ausser einigen Sugillationen und Hautaufschärfungen am Kopfe den rechten Ober-, besonders aber den Unterschenkel etwa um das 3fache angeschwollen, die Haut daselbst gespannt und glänzend, hier und da aufgeschärft und mit Sugillationen bedeckt, stellenweise die Oberhaut in röthliche, eine blutig-seröse Flüssigkeit ent-

haltende Blasen erhoben; zugleich war die Geschwulst gegen Berührung sehr schmerzhaft, und man konnte eine zwar tiefe, doch deutliche Fluctuation, durchaus aber keine Pulsation wahrnehmen. Aus der bedeutenden sehr gespannten Geschwulst der Wade, die sich sogleich nach der Verletzung zu bilden begann, und ziemlich rasch auch über den Oberschenkel bis zum Sitzknorren hinauf erstreckte, und aus der tiefen Fluctuation glaubte man mit Recht auf Verletzung eines tiefliegenden arteriösen Gefässes schliessen zu müssen, indem sich nur aus der grösseren Kraft der Arterien eine so rasche und bedeutende Verbreitung der Blutaustretung selbst in höher gelegene Muskelinterstitien erklären liess, welcher Umstand noch durch den fehlenden Puls der hinteren Schienbeinarterie bestätiget zu werden schien. Es wurden Eisumschläge über die ganze Extremität und innerlich ein säuerliches Getränk aus Acidum tartricum mit Zucker gegeben. Zugleich waren aber Erscheinungen von Delirium tremens, woran der Kranke bereits früher häufiger gelitten, vorhanden, die Delirien waren die ersten 3 Tage furibund, die Nächte schlaflos — alle diese Erscheinungen wichen jedoch reichlichen Gaben von Tart. stibiatus in Verbindung mit Opium in sehr kurzer Zeit. Allmälig nahm auch die enorme Geschwulst an Umfang ab und es trat merkliche Besserung ein, als sich nach etwa 6 Wochen plötzlich allabendlich Frostanfälle einstellten, bei abermaliger Zunahme der bereits stark geschwundenen und härter gewordenen Geschwulst; dieselbe wurde an der äusseren Seite der Wade nach abwärts hin wieder deutlich fluctuirend und war von einem leichten Oedem in der nächsten Umgebung begleitet, woraus man auf eintretende Eiterung in den zurückgebliebenen festen Blutklumpen schliessen musste. Da man nach 6 Wochen eine Obliteration der zerrissenen Arterie mit Recht voraussetzen konnte, überdies auch alle Umstände zur Kunsthülfe aufforderten, so schritt man zur Eröffnung und Entleerung der Höhle. Mittelst eines etwa 4 Zoll langen, nach der Längenachse des Gliedes verlaufenden Einschnittes an der am deutlichsten fluctuirenden Stelle entleerte man zuerst eine geringe Menge flüssiges dunkelrothes, dann aber eine grosse Menge geronnenes Blut, mehrere ziemlich feste Blutklumpen von der Grösse einer Mannsfaust mussten mit der eingeführten Hand aus der Höhle herausgeschafft werden; vom Eiter aber war nirgends eine Spur zu entdecken. Kaum hatte man jedoch den letzten und grössten Blutklumpen herausgeschafft, als plötzlich ein Strom frischen arteriellen Blutes nach der ganzen Länge der Wunde hervorbrach, und in wenig Augenblicken, während welcher man die Wunde zusammenzuhalten sich bemühte, war die bereits gänzlich zusammengefallene Höhle wieder vom Blute strotzend erfüllt. Es war nun klar, dass

das Blut aus der hinteren Schienbeinarterie komme. Obwohl durch die sogleich angestellte Compression der Arteria femoralis auf dem horizontalen Aste des Schambeines die weitere Blutung zum Schweigen gebracht wurde; so handelte es sich nun dennoch um schnelle und energische Hülfe, und da man sowohl die Aufsuchung der verletzten Arterie an der Stelle der Verletzung, als auch die Unterbindung der Femoralarterie oder gar die Amputation des Gliedes bei dem gegenwärtigen Zustande des, durch wiederholten Blutverlust, so wie durch Schmerz und Angst beinahe gänzlich herabgekommenen, vom kalten Schweisse bedeckten, Kranken verwerfen zu müssen glaubte; so schritt man bei fortgesetzter Compression der Arteria femoralis am horizontalen Aste des Schambeines zur sorgfältigen Verschliessung der Wunde und Anlegung eines Compressionsverbandes über den ganzen Unterschenkel. Letzterer erhielt zugleich eine erhöhte Lage auf einem Häckerlingskissen und wurde mit Eisumschlägen bedeckt. Innerlich wurde ein Decoctum chinae cum acido sulfurico und zum Trank ein Decoctum salep cum acido tartr. verordnet. Nach einigen Stunden hatte sich der Kranke bereits von seiner grossen Angst wieder etwas erholt, Abends war der Puls bereits auf 90 gestiegen, an den Extremitäten hatte sich die normale Wärme wieder eingefunden, und am Verbande war keine Blutspur zu bemerken. Nach 3 Tagen trat zwar eine neue Blutung ein, die jedoch durch Anlegung einer zweiten Binde über den noch liegen gelassenen Verband gestillt wurde. Bei der 4 Tage später (also am 7. Tage) vorgenommenen Erneuerung des Verbandes zeigte sich die Wunde missfärbig, eine stinkende, von zersetztem Blute braunröthlich gefärbte Jauche ergiessend; jedoch befand sich der Kranke dabei wohl, und klagte über geringen Schmerz, auch die Geschwulst der Wade nahm allmälig ab, die Eiterung wurde besser, und nach 4 Wochen konnte der Verband bereits gänzlich weggelassen werden, und unter dem Gebrauche warmer Bäder stellte sich auch die freie Beweglichkeit im Kniegelenke wieder ein, so, dass der Kranke 5 Wochen später vollkommen geheilt entlassen werden konnte. Lorinser glaubt das Nichtzustandekommen einer pulsirenden Blutbeule in diesem Falle mit Recht der Begränzung der Höhle, in welche das arterielle Blut ergossen war, theils durch starke Muskeln, theils durch tendinöse Scheiden, wodurch die Weiterverbreitung des ergossenen Blutes verhindert wurde, zuschreiben zu müssen, so wie er auch die so spät zu Stande gekommene Obliteratiou der Arterie nur dem durch die gemachte Wunde erfolgten Luftzutritte und der dadurch bedingten stärkeren Reaction zuschreiben zu müssen glaubt.

Einen anderen *Fall von glücklicher Heilung einer penetrirenden Hiebwunde des rechten* **Kniegelenkes** bei einem 22jährigen Zimmer-

lehrlinge theilt Ebenderselbe aus D. Sigmund's Abtheilung (W. Ö. 2) mit. Die etwas über einen Zoll messende Hiebwunde befand sich in der Vertiefung zwischen dem inneren Knorren des Schenkelbeines und der Kniescheibe, und der Kranke kam erst am 6. Tage nach der Verletzung in das allgemeine Krankenhaus. Aus der Wunde entleerte sich eine sehr wässerige Synovialflüssigkeit, das Gelenk war um das Dreifache angeschwollen und fluctuirend. Mässiges Fieber. Die Wunde wurde sogleich sorgfältig mit Heftpflastern geschlossen, ein Compressivverband von den Zehen bis über das kranke Gelenk hinauf angelegt, und Eisumschläge gegeben. Nach 42 Tagen konnte der Kranke bereits vollkommen geheilt entlassen werden. (Ob die ohnehin nur äusserst unvollkommene Abhaltung der atmosphärischen Luft von der Gelenkshöhle theils durch die geschehene vermehrte Absonderung, theils durch den angelegten Verband — auf welchen Umstand L. so grosses Gewicht zu legen scheint — zum günstigen Erfolge so wesentlich beigetragen habe, ist sehr zu bezweifeln, und jedenfalls dürfte der guten Constitution des Kranken so wie der angewandten Antiphlogose ein weit grösserer Antheil an dem günstigen Ausgange zuzuschreiben sein. Ref.)

Fracturen. Das Wesen der **Callusbildung** besteht nach Dr. Lebert's (G. H. 23) Untersuchungen in einer foetalen Regeneration des gebrochenen Knochens, woran das Periosteum fast ausschliesslichen Antheil nimmt. Er theilt den ganzen Act der Callusbildung in 4 Perioden ab. Weder das zwischen die Bruchstücke ergossene Blut, noch die nachfolgende entzündliche Reaction gehört nach ihm zur Callusbildung, und letztere nur in so fern, als sie durch Erregung einer adhaesiven Entzündung in den umgebenden Weichtheilen für die nachfolgende neue Secretion von Callusmasse gleichsam den Raum abgränze. Die erste Periode der Callusbildung beginne vielmehr erst nach zum Theil verlaufener Entzündung in den umgebenden Weichtheilen, und bestehe in einer capillären Transsudation aus den Gefässen des Periosteums an der Bruchstelle, so wie aus der Oberfläche des Knochens, durchaus aber nicht aus den Bruchflächen, noch weniger aber aus der Markmembran. Als zweite Periode, die er die Knochen-erzeugende (ostéoplastique) nennt, betrachtet er die Verknorpelung jener flüssigen Exsudation, so wie in der dritten Periode sich allmälig der knöcherne Callus von der Peripherie gegen das Centrum hin bilden soll. Der Antheil, den die Medullarmembran nun an dem Processe nimmt, sei nur ein secundärer, und bestehe in der Entwickelung von Gefässen und der Bildung einer fibrösen Masse, die blos zur festeren Verbindung des Callus theils mit den Bruchenden, theils mit der Markhöhle dienen soll. In der vierten Periode endlich werde die Verknöcherung vollendet, der überschüssige Theil des Callus wieder

resorbirt und die Markhöhle wieder hergestellt. Einen Fall von **incompleter Fractur** bei einem 8jährigen Knaben erzählt Dr. Schallenmüller in Crailsheim (C. W. 46). Es war nämlich in Folge eines Falles auf beide ausgestreckten Hände der Radius beiderseits, unmittelbar über dem Handgelenke, stark nach innen gebogen, die Hände in Adduction, keine Spur von Crepitation, auch die vorgenommene Extension hatte auf die gebogene Stellung der Knochen keinen Einfluss. Auf den Gebrauch von kalten Fomentationen und einen leichten Schienenverband verschwand allmälig die abnorme Stellung der Knochen.

Einen durch die *Trepanation geheilten Fall von Splitterbruch des rechten* **Scheitelbeines** erzählt Kreiswundarzt Hayny (W. Ö. 1844. p. 30). Es wurden 2 Kronen angesetzt und 3 grosse über $^3/_4$ Zoll lange und $^1/_4$—$^1/_2$ Zoll breite, so wie mehrere kleinere Splitter entfernt; die völlige Heilung erfolgte in 3 Monaten. — Von *Brüchen der* **Wirbelsäule** liegen gleichfalls zwei Beobachtungen vor. Die eine wird von Dr. Schallenmüller (C. W. 46) mitgetheilt. In Folge eines Sturzes von einem beladenen Wagen auf die Tenne rücklings war nämlich ein Bruch des Processus spinosus vom 6ten Halswirbel nebst Zerreissung der Arteria vertebralis sinistra und Ansammlung von Blut in der Rückenmarkshöhle verursacht worden. Ausser Lähmungserscheinungen in den unteren Extremitäten und dem Darmcanale und Blase, so wie einem Gefühl von Brennen im Nacken und Arme nebst Steifheit des Halses waren weiter keine die Fractur charakterisirenden Erscheinungen zugegen. Der Tod erfolgte 29 Stunden nach geschehener Verletzung. Ein zweiter Fall von *Bruch der Rückenwirbelsäule so wie des rechten Unter- und linken Oberschenkels* durch Verschüttung entstanden, wird von D. Ebel (W. 6) mitgetheilt. Trotz dieser vielen Verletzungen mit wahrscheinlichem Blutaustritt in den Rückenmarkscanal (da sich die Fractur sowohl durch abnorme Beweglichkeit als auch durch Crepitation auf das deutlichste zu erkennen gab) erfolgte dennoch der Tod erst nach 7 Monaten in Folge eines über die ganze Lenden- und Gefässgegend ausgebreiteten Decubitus und Hydrops universalis. — Die Section wird nicht erwähnt. — Zwei Fälle von **spontanen Brüchen** *des Oberschenkelknochens* mit darauf folgender, obwohl sehr langsamer Heilung, theilt D. Jonathan Toogood mit (Provinc. medic. Journ. Nr. 14). Einen sehr interessanten Fall von *complicirter Fractur des* **Unterschenkels**, wo eintretende hartnäckige Haemorrhagien zuerst die Amputation des Oberschenkels, dann die Ligatur der Arteria femoralis und zuletzt jene der Iliaca externa erheischten, mit darauf folgender Heilung, erzählt D. John Paul (The Lond. and Edinb. monthly J. — G. 2).

Über die **Verrenkungen** *im Ellenbogengelenke* schrieb Dr. Eugène Debryn, Interne des Civilspitals zu Louvain, eine Abhandlung mit angehängten Abbildungen, worin er die darauf bezüglichen Arbeiten und gesammelten Erfahrungen eines Boyer, Sanson, A. Cooper, Monteggia, Chelius, Malgaigne, Bérard und Sedillot benützt, und folgende Eintheilung aufstellt:

I. Luxationen beider Vorderarmknochen:

1. nach rückwärts { *a*) complete, *b*) incomplete;
2. nach vorne { *a*) mit Bruch des Olekranons, *b*) ohne Bruch „ „ „
3. gleichzeitige Verrenkung beider Vorderarmknochen, und zwar des Radius nach vorne, des Cubitus nach hinten vom hinteren Ende des Humerus;
4. nach aussen { *a*) complete, *b*) incomplete;
5. nach innen { *a*) complete, *b*) incomplete.

II. Luxation des Cubitus allein, und zwar:

a) alleinige Luxation des oberen Endes des Cubitus nach rückwärts.

III. Alleinige Luxation des oberen Endes des Radius:

a) nach rückwärts,
b) nach vorne,
c) nach aussen,
d) incomplete.

Nun beschreibt er die einzelnen Arten, gibt die differencielle Diagnose und ihre Behandlung, und knüpft endlich einige im Hospitale gesammelte sehr interessante Beobachtungen daran (Av. Belg. 1843. p. 110). — Einen Fall von *complicirter Luxation der ersten Phalanx des* **Daumens** *auf die zweite Phalanx* theilt Dr. Norris mit (American Journ. — N. Bd. 29. n. 2). Der Kopf der ersten Phalanx ragte durch eine, den halben Umfang des Fingers einnehmende Wunde nach innen hervor; alle Reductionsversuche (die übrigens nicht näher angegeben werden) blieben erfolglos, weshalb N. das hervorstehende Ende des Knochens in einer Ausdehnung von 3 — 4 Linien mit einer Phalangensäge entfernte. N. schlägt dieses Verfahren bei derlei Luxationen der Fingerphalangen sogar als Norm vor, und beruft sich hierbei theils auf seine eigene Erfahrung, welcher zufolge er häufig Wiederausrenkung der kaum eingerenkten Phalanx beobachtet haben will, theils auf die Auctorität eines Gooch, Evans und S. Cooper, welche in ähnlichen Fällen ein gleiches

Verfahren eingeschlagen haben. (Ob übrigens nicht ein unrichtiges Reductionsverfahren an dem Misslingen der Einrichtung häufige Schuld sei, wie dieses unlängst auch Roser wieder nachgewiesen hat (Vj. Prag. p. 205) ist eine andere Frage. Ref.)

Einen *Fall von Verrenkung des linken* **Oberschenkels** *in die Incisura ischiadica*, wo wiederholte Einrichtungsversuche nach von Wattmann's und der englischen Methode mittelst des Flaschenzuges, selbst nach vorausgeschickten Aderlässen, warmen Bädern und Verabreichung von Tart. stibiat. dosi refracta misslangen, erzählt Dr. Helmbrecht zu Braunschweig (W. 9). Man kam daher überein, durch Berauschung des Kranken mittelst geistiger Getränke eine ausgiebige Relaxation der Muskeln zu bewirken, und in diesem Zustande die Einrichtung vorzunehmen, wo sie endlich auch auf die Rust'sche Weise gelang. Trotz einer nachfolgenden streng antiphlogistischen Behandlung trat jedoch eine sehr hartnäckige Gelenksentzündung ein, der eingerichtete Schenkel wurde $^3/_4$ Zoll kürzer, und es blieb ein unheilbares Hinken zurück. (Einen ganz ähnlichen Fall, der jedoch zugleich mit Fractur des äusseren Condyls des anderen Oberschenkels complicirt war, beobachteten wir im heurigen Wintersemester auf der chirurgischen Klinik, nur waren wir bezüglich der Therapie glücklicher, indem ohne vorausgeschickte Vorbereitung des übrigens sehr rüstigen Kranken die Reduction auf die Wattmann'sche Weise vorgenommen, schon beim ersten Versuche gelang. Nach 6wöchentlicher Behandlung verliess der Kranke vollkommen geheilt die Anstalt. — Ref.)

An die Erzählung eines anderen Falles von *Luxation des Oberschenkels nach innen auf das Foramen ovale*, durch Verschüttung veranlasst, welche bei den vorgenommenen Einrichtungsversuchen gewöhnlicher Art durch Zug und Beugung der luxirten Extremität gegen den Unterleib in eine Luxation zur Incisura ischiadica überging, worauf erst die Einrichtung durch blosse rotatorische Bewegungen erfolgte, knüpft Dr. Schrauth (C. B. 4—5) einige Bemerkungen über *Einrichtung der* **Luxationen überhaupt.** Nach seinen Erfahrungen soll die Beschaffenheit des Risses im Kapselbande bei den Einrichtungen von Luxationen von der grössten Wichtigkeit sein, und es sei nicht die Contraction der Muskeln, sondern ein zu kleiner Riss im Kapselbande, der das wichtigste Hemmniss bei den Einrichtungen abgibt. Bei veralteten Luxationen hängt daher die stets wachsende Schwierigkeit auch weit mehr von der bei der eintretenden Heilung sich einstellenden, allmäligen Verengerung des Risses, als von der Ausfüllung der Pfanne, der Bildung einer neuen, und von der Contraction der Muskeln ab. Es werde demnach in vielen Fällen die Leichtigkeit oder Schwierigkeit der Einrichtung vorzugsweise davon abhängen, ob der Riss im Kapselligamente gross genug ist für

den Rücktritt des Kopfes, oder ob er es wenigstens durch die Einrichtungsversuche wird, und es werde Fälle geben, wo es geradezu Aufgabe des Chirurgen ist, den Riss im Ligamente zu vergrössern. Letsteres geschieht besonders häufig durch rohe Eingriffe ohne alle Absicht, und mit Recht findet der Verfasser hierin einen Grund, weshalb nicht selten gewöhnliche Bauern und Curpfuscher in der Einrichtung von Verrenkungen mehr Glück machen als gelehrte Ärzte. Eine blosse Ausdehnung des Gliedes sei demzufolge blos in jenen Fällen hinreichend, wo der Riss in der Kapsel gehörig gross ist; bei zu engem Riss werde durch den Zug derselbe nur noch enger, und spanne sich um den Hals des luxirten Knochens an. Er will daher die ganze Lehre von der Einrichtung von Verrenkungen vereinfacht wissen, was allerdings besonders für Anfänger, denen die für jede einzelne Abart der Verrenkungen angegebenen, sehr umständlichen Einrichtungsmethoden viele Schwierigkeiten darbieten, höchst wünschenswerth wäre. Nach ihm seien demnach die Manipulationen zur Einrichtung der Luxationen folgende: 1. Druck, 2. Zug, 3. Drehung, 4. Beugung, 5. Rotation. 1. Der Zweck des *Druckes* sei, den ausgewichenen Knochen unmittelbar in seine normale Lage zu bringen. Derselbe könne nur da von Wirksamkeit sein, wo die ausgewichenen Gelenksflächen auf gleicher Höhe stehen, und entspreche daher als das einfachste Mittel nur der niedersten Gelenksform, dem straffen Gelenke (Amphiarthrosis), z. B. der Hand- und Fusswurzel. 2. Der *Zug* bezwecke, den Gelenkskopf auf gleiche Höhe, oder höher als seine Gelenksfläche zu stellen, er sei daher von Nutzen, wenn die Gelenkstheile gänzlich von einander abgewichen und über einander geschoben sind; ist zugleich der Riss im Kapselbande gehörig gross, so könne durch ihn allein die Reposition erfolgen, wie dies bei Luxationen im Winkelgelenke (ginglymus) öfter geschieht. 3. Eine mässige, und nie mit Gewalt verübte *Drehung* des ausgewichenen Knochens um seine Achse soll dem Kapselrisse eine entsprechende Stelle des Kopfes gegenüberstellen, wodurch dessen Eindringen erleichtert wird. Sie entspricht daher besonders dem Drehgelenke (trochoides), z. B. am oberen Ende des Radius oder am unteren der Ulna. 4. Die *Beugung* hebe die Spannung des Kapselrisses auf, vergrössere dessen Querdurchmesser und veranlasse so ein leichteres Gleiten des luxirten Kopfes über den Rand seiner Gelenksfläche. Sie ist die wichtigste Repositionsmethode am Ellenbogengelenke, einem, durch seine Rolle (trochlea) eigenthümlich modificirten Winkelgelenke (ginglymus). 5. Die *Rotation* bestehe in einer Vereinigung der Drehung und Beugung zugleich, und in einer Steigerung beider: sie ist mithin die gewaltsamste Einrichtungsmethode und entspricht ausschliesslich dem freien Gelenke (arthrodia), durch sie werde in letzter Instanz der Riss im Kapselligamente vergrössert, und der

Eintritt des Gelenkskopfes in seine Pfanne bewerkstelligt. Der Druck wirke auf die Knochen, der Zug auf die Muskeln, Drehung, Beugung und Rotation auf das Band. Es verstehe sich übrigens von selbst, dass bei der Einrichtung nicht jede einzelne der erwähnten Verfahrungsweisen allein in Anwendung komme, sondern dass sie mehr oder weniger zusammenwirken, in einander greifen, und in einander übergehen müssen mit stufenweiser Steigerung des Kraftaufwandes, und ein günstiger Erfolg hänge daher von der richtigen Verbindung und vortheilhaften Benützung der einzelnen Verfahrungsweisen ab. Zugleich erhelle daraus, was vom Flaschenzuge und den erschlaffenden Mitteln zu halten sei — ihre Unzulänglichkeit leuchte sattsam ein. Vor allem aber komme es bei der Einrichtung der Glieder auf vollkommene *Fixirung des Stammes an.* *Dr. Flossmann.*

Über eine mit Erfolg verrichtete **Transfusio** *sanguinis,* bei einem früher stets gesunden Kaufmann, wegen Marasmus, berichtet Dr. Prichard (Provincial med. and surgical Journ. — aZg. 6). Dyspepsie mit schnell eintretender Abmagerung und Entkräftung, zitternder, kaum fühlbarer Puls, bei geringster Bewegung eintretendes heftiges Herzklopfen und bis zur Ohnmacht gesteigerte Beängstigung, copiöses, weissliches, später sich röthendes Sediment im Urin, waren die hervorstechendsten Symptome. Stärkendes Regimen vertrug Pat. nicht, und so wurden im grössten Schwächezustand des Patienten 16 Uncen Blut einem gesunden kräftigen Manne entzogen, und dem Pat. durch Dr. Clark injicirt. Ausser einem, nach der Operation eingetretenen Gefühl von Schwere im Kopfe, das bald verschwand, und sehr geringem Nasenbluten befand sich der Patient gleich wohler, die Kräfte und der Appetit kehrten zurück, und derselbe konnte nur durch eine ungeheuere Menge Fleisch und Porter befriediget werden. Nach 3 Monaten vermochte der Kranke seinen Geschäften wieder nachzugehen.

Beim **eingewachsenen Nagel** unterscheidet Dr. Emmert (J. Ch. Bd. 2. H. 2) zwei Zustände: 1) Das eigentliche Einwachsen des Nagels ins Fleisch, welches blos in einer besonderen Deformität des Nagels (grösserer Breite, Dicke und Wölbung der Quere nach) oder in einer eigentlichen Hypertrophie desselben (Krankheit der Matrix meist mit einem Allgemeinleiden verbunden) seinen Grund hat, und 2) das Überwachsen des Nagels mit Fleisch, welches meistens in Folge von zu kurz abgeschnittenem Nagel entsteht, wodurch derselbe stets fortwachsend in die nach aufwärts gedrängten, und keinen Widerstand findenden Weichtheile eindringt. Hier bewährt sich nach E. das Abtragen der den Nagel einschliessenden seitlichen Weichtheile am besten. Dieselbe Ansicht über diesen

Zustand theilt auch Dr. Zeis, der noch nebstbei Ruhe des Fusses, häufige Fussbäder anräth und vor wiederholtem Kürzerschneiden des Nagels warnet. Baudens (G. H. 1843. p. 119) operirt den eingewachsenen Nagel schnell und sicher, wie folgt: Der Finger wird wie eine Schreibfeder gehalten, die Schneide eines geraden Bistouries 2 Linien hinter dem Nagelrande senkrecht bis auf den Knochen eingedrückt und dann horizontal nach vorn gewendet, dicht am Knochen schnell vorgeschoben, wodurch die Matrix, die eingewachsene Portion des Nagels und die Fungositäten mit einem Zuge entfernt werden. — Dr. Rieke's (Zg. Mil. 2) *Behandlung* besteht in der Beseitigung der lockeren Fleischgranulationen durch Plumbum acet., Dünnschaben des Nagels mit einer Glasplatte und Unterlegen der ins Fleisch eingewachsenen Ecken des Nagels mit in Plumb. acet. getauchter Charpie. Ist der Nagel grösser geworden, so lässt er ihn so abschneiden, dass die Mitte desselben concav ausgeschnitten wird.

Die **Laryngotomie** verrichtete Klewitz (Zg.Pr. 1843 n. 48) 3mal bei Oedema glottidis mit Entzündung der Stimmritzenbänder, 1mal bei organischer Verengerung des Kehlkopfes durch eine zellig-fibröse, von der inneren Fläche der rechten Seite des Schildknorpels ausgehende Geschwulst. Nur in einem der ersten angeführten Fälle gelang die Rettung des Patienten. Den Gebrauch des Federkieles zieht er dem Bronchotom vor, weil der Spalt in demselben zu enge ist, um bei versperrter Stimmritze genügend Luft einströmen zu lassen, dasselbe häufiger ausgestossen wird, und sich schwer von Schleim reinigen lässt. Dunsmarc (Lond. and Edinb. monthly Journal of med. science Febr. 1843) berichtet über 3 mit glücklichem Erfolge gekrönte Fälle von *Tracheotomie* wegen Kehlkopfskrankheiten. Der eine betraf eine 32jährige Frau, welche nach den von ihr angeführten Symptomen an Glottisoedem litt. Am 12. Tage nach der Operation wurde die Canule entfernt, und die Kranke genas vollends. — Im 2. Falle wurde bei einem 23jährigen Manne, der an syphilitischer Angina litt, und bei dem sich die Affection auf den Kehlkopf fortpflanzte durch die Operation grosse Erleichterung verschafft. — Ein vom Fieber, Respirationsbeschwerden und Husten befallenes Kind kam durch die Intensität dieser Zufälle in Erstickungsgefahr und wurde durch die Operation gerettet. 14 Tage hierauf war die Wunde vollkommen vernarbt.

Zur Radicalheilung der **Ranula** zieht Jobert (Annal. de la chir. franç. et étr. Sept. 1843) folgendes neue Verfahren in Anwendung. Nach Abtragung eines 6 — 8 Linien langen und etwa 3 Linien breiten elliptischen Theiles der Mundschleimhaut an der vorderen Fläche der Cyste, öffnet er dieselbe in ihrer ganzen Ausdehnung und entleert deren Inhalt.

Hierauf stülpt er die freien Ränder der Cyste rechts und links ein, und legt an jeden Wundwinkel ein einziges Heft an, wodurch in dem Raume zwischen den 2 Heften ein deutlicher Trichter entsteht, an dessen Grunde die Mündung des Speichelganges sich öffnet, und der bald nach der Operation verschwindet. Die darauf folgende Entzündung ist mässig. — Die Anfangs vermehrte Speichelabsonderung aus dem Trichter kehrt im späteren Verlaufe zur Norm zurück. Zwei auf diese Art von J. Operirte wurden radical geheilt. — Eine *neue Methode der* **Cheiloplastik** macht Prof. Bruns (Vj. 1) bekannt. Er hatte dieselbe an einem 60 Jahre alten, bereits 2^mal^ wegen recidivirenden Karcinoms der Unterlippe operirten Bäcker mit glänzendem Erfolge vollführt. Nach Hinwegnahme der krebsigen an der Unterlippe sitzenden Vegetation durch 3 Schnitte, wovon die beiden seitlichen parallel verliefen und durch einen 3ten horizontalen so verbunden wurden, dass ein 4eckiger Lappen entstand (der linke seitliche Schnitt ging genau vom Mundwinkel aus, während der rechte Mundwinkel vorher etwas erweitert werden musste), wurden die beiden seitlichen nach aufwärts gegen die Nasenflügel verlängert. Von dieser Schnittlinie wurde nun auf jeder Seite des Gesichtes unter einem rechten Winkel ein anderer 1 Zoll langer, schräg gegen die Backe hin aufsteigender Schnitt geführt, und von dem Endpunkte desselben ein $1\frac{1}{2}$ Zoll langer zweiter schräg nach ab- und auswärts. Dadurch erhielt man einen neuen 4eckigen Lappen auf jeder Seite des Gesichtes, die nun zum Ersatze des hinweggenommenen verwendet wurden, so zwar, dass die beiden von den Nasenflügeln gegen die Backe hin schräg aufsteigenden Schnittflächen genau in die Mitte des Unterkiefers, durch Verschiebung der Lappen nach abwärts zusammentrafen, und durch die umschlungene Naht vereint wurden, was auch mit dem unteren Wundrande derselben Lippe geschah. — Nun ging man zur Nachbildung des rothen Lippenrandes, zu welchem Zwecke die Haut und Schleimhaut der neugebildeten Lippe an dem freien Wundrande derselben mit einander vereiniget werden mussten, nachdem das in reichlicher Menge sich herandrängende Fett und Zellgewebe von dem wunden Rande der neuen Lippe durch einige flache Schnitte mit der Schere abgetragen wurden. Die durch die Verlegung der beiden lospräparirten Lappen entstandenen seitlichen Lücken wurden dadurch leicht und einfach geschlossen, dass man die Weichtheile von der Wange herbeidrängte und dann die Wangentheile und Oberlippe mit einander durch die umschlungene Naht vereinigte. Diese Operationsweise war in dem gegebenen Theile dadurch indicirt, dass der gegebene Substanzverlust nach dem gewöhnlichen Verfahren durch keinen anderen Lappen zu decken gewesen war. — Die Anheilung des Lappens geschah ohne erwähnungswerthe

Zufälle rasch, so dass der auf diese Art operirte Kranke vollkommen zufrieden und ganz unentstellt in 14 Tagen das Hospital verliess. Als *Vortheile dieser Methode* rühmt Prof. B., dass die Heilung per primam intentionem geschehe, die Drehung der Lappen sehr gering sei, homogene Ersatzstücke geliefert würden, die Schrumpfung des neugebildeten Lappens eine geringe, so wie dass die, durch diese Operationsweise entstandene Entstellung sehr unbedeutend sei. Schliesslich räth er noch gleich nach Bildung des Ersatzlappens die Umsäumung des freien Randes desselben mit der Schleimhaut vorzunehmen, da die Schleimhaut besser hinaufgezogen werden kann. — Ganz übereinstimmend mit unseren Erfahrungen legt Prof. B. einen nicht geringen Werth auf die gehörige Ausblutung des Ersatzlappens, da bei der Nichtbeobachtung dieser Regel bei plastischen Operationen sehr leicht durch Stockung der venösen Circulation Gangraen eintritt. — Bei einer zweiten von demselben vorgenommenen *Lippenbildung* bei einem 67 Jahre alten Feldschützen wegen eines *Carcinoma labii superioris*, bei dem ebenfalls die wiederholte Operation erfolglos blieb, operirte er nach Dieffenbach's Methode, mit der Modification, dass der rothe Theil der Unterlippe, da er nicht in den Krankheitsprocess hineingezogen war und daher geschont werden konnte, mittelst der umschlungenen Naht an dem transplantirten Lappen angeheftet wurde. Der mit glücklichem Erfolge nach dieser Methode operirte Kranke begab sich nach 6 Wochen glücklich und zufrieden zu seinen Angehörigen.

Die partielle **Resection** *des Unterkiefers*, wegen eines vom linken Mundwinkel bis zum 2ten rechten Backenzahn sich erstreckenden und nach rückwärts bis zum Os hyoideum reichenden, das Schlingen hindernden Osteosarkoms, nach 2jährigem Bestehen desselben, verrichtete mit glücklichem Erfolge Dr. Hendriksz (M. Bd. 62 H. 2) bei einem 28-jährigen rüstigen, sonst gesunden Bauernknechte. Ausziehen der Backenzähne, Bildung des Hautlappens, Durchsägung des Kiefers mittelst des Heine'schen Osteotoms, Lostrennung der Anheftungspunkte an diesem Theile des Unterkiefers, Entfernung desselben, Stillung der Blutung theils durch Torsion, Unterbindung und das Glüheisen, Schliessung der Wunde durch die umschlungene Naht und Anlegung des Verbandes waren die Hauptmomente dieser Operation, auf welche eine verhältnissmässige ziemlich geringe Reaction folgte. — Das Rückwärtsziehen der Zunge, welches der Operateur während der Operation durch Festhaltung der Zungenspitze mittelst einer Polypenzange zu verhindern suchte, wurde später durch das Vorwärtsbeugen des Kopfes und die jedesmalige Fixirung der Zunge mittelst der Polypenzange beim Essen und Trinken vermieden. — Trotz dem Abgange einiger nekrotischen Knochensplitter in

der 5. Woche, soll schon in der 8. der neue Kiefer consolidirt gewesen sein und der Kranke das Spital haben verlassen können. Nach Verlauf eines Jahres zeigten sich noch immer keine Recidiven.

Die **Amputation** nahe an der Articulatio scapulo - humeralis mit Bildung zweier Lappen bei einem Manne, dessen Oberarm durch einen Schuss zerschmettert worden war, verrichtete mit glücklichem Erfolge Dr. Berruyer (Annales de la chirurg. franç. et étrang. Feb. 1843). Diese Operationsweise gewährte vor der Exarticulation im Schultergelenke den Vortheil, dass ein geringerer Substanzverlust, und eine weniger bedeutende Eiterung gesetzt wurde, und Patient den noch zurückgebliebenen Stumpf brauchen konnte.

Die **Unterbindung** *der Art. axillaris* unter dem Schlüsselbeine wegen Verletzung der Gefässe in Folge eines Sturzes vom Baume, wobei ein Zweig desselben in die Achselhöhle gestossen wurde, verrichtete Dr. Noël Catonoso (Ann. de la chir. franç. et étr. Janv.) Der erst am 3. Tage nach diesem Vorfalle ins Spital gebrachte Bauer zeigte Spuren von grossem Blutverluste, am 11. Tage jedoch entstand eine durch nichts zu stillende Blutung, so dass zur Unterbindung der Art. axillaris geschritten werden musste. D. C. machte unter dem Schlüsselbeine einen halbmondförmigen mit der Convexität nach abwärts gerichteten Hautschnitt, der vom Deltoides zur Artic. sterno - clavicularis reichte, trennte vorsichtig das unterliegende Gewebe und unterband das Gefäss, worauf die Hautwundränder leicht durch Klebepflasterstreifen vereiniget wurden. Die am 19. Tage nach der Operation entstandene Blutung wurde durch Compression und mit einem stiptischen Pulver bestreute Charpie glücklich gestillt. Nach 4 Monaten stellte sich deutliche Pulsation der Radialarterie ein, die Pulsation der Art. brachialis aber blieb unfühlbar. Als Resultat seiner Erfahrungen an Lebenden und Todten hebt Lauer (Zg. Pr. 4) folgende Vortheile der **Torsion** *der Arterien* vor der Unterbindung heraus: 1) Entbehrlichkeit eines Gehülfen; 2) grössere Leichtigkeit in der Anwendung, besonders bei tiefen Wunden; 3) Anwendbarkeit bei schwer isolirbaren Arterien; 4) durch keine zurückbleibenden fremden Körper verhinderte schnelle Vereinigung der Wunde; 5) grössere Sicherheit bei verknöcherten und sonst kranken Arterien; 6) Brauchbarkeit bei Arterien, die dicht unterhalb eines abgehenden Seitenastes durchschnitten sind. — Während Lauer's Anstellung im allgemeinen Krankenhause zu Hamburg wurden ausser der Karotis und Brachialis alle anderen grösseren und kleineren Arterien des Körpers, die bei Operirten möglicher Weise zerschnitten werden können, torquirt. (!?)

Die *Bereitung biegsamer* **Sonden und Bougies** aus Elfenbein (Sondes et bougies en gelatine indestructible de l'ivoire) ge-

schieht nach Cazenave (Zg. 5.) folgender Massen: Die aus Elfenbein gedrehten polirten, ausgebohrten und mit Augen versehenen Bougies setzt man in ein langes gläsernes Gefäss, welches mit verdünnter Hydrochlor-Säure (3⁰ am Säuren-Areometer nachweisend) gefüllt ist, so dass ein kleiner Theil des Handendes von der Säure unbedeckt bleibt. Für Bougies und Sonden von geringem Caliber reichen 24 Stunden zur Auflösung und Extraction der Kalksalze aus; die stärkeren müssen 48—72 Stunden maceriren. Das mit Augen versehene Ende muss nun noch besonders 12 Stunden lang macerirt werden, da die mit Salzen geschwängerte, auf dem Boden des Gefässes befindliche Säure ihre Kraft verliert. Wenn das gelatinöse Gewebe dargestellt, und die Bougie vollkommen biegsam ist, wird sie gut abgetrocknet, und in folgende Solution getaucht: Neutraler hydrochlorsauerer Kalk, Magnesia, Ammonium und Natrum zu gleichen Theilen in so viel Wasser gelöst, dass die Lösung 4⁰ am Salz-Areometer zeigt. Die dünneren Sonden und Bougies müssen 40 Stunden, die dickeren je nach ihrem Caliber 3—5 Tage in dieser Lösung bleiben. Hierauf werden dieselben herausgenommen, abgetrocknet, 24 Stunden lang der Luft ausgesetzt, im kalten Wasser gewaschen, abermals abgetrocknet, nochmals 10—12 Stunden der Luft ausgesetzt, und dann zum Gebrauche aufbewahrt. Dieselben sollen glatter, weicher, weniger gebrechlich sein, als die bisher gebrauchten Kautschukbougies und von den Harnsalzen weder angegriffen, noch damit incrustirt werden. — Einen Fall von Heilung einer angeborenen **Verschliessung der Scheide** durch Auseinanderzerrung der Labia majora und dadurch bewirkte künstliche Zerreissung derselben nach Amussat bei einem $^3/_4$ Jahre alten, an heftigen Urinbeschwerden leidenden Kinde, erzählt Dr. Schilling (A. Han. 1843. 4). (Auch Referenten ist erst kürzlich ein solcher Fall bei einem 6 Monate alten Kinde vorgekommen; die Scheide war hier nur durch einen etwas livideren, gleichsam narbigen, gegen 3‴ langen schmalen Streifen unterhalb der punktförmigen Harnröhrenmündung angedeutet. Ref. machte hierbei die anwesenden Schüler auf die von Zeis (drei chirurgische Abhandlungen 1842) richtig bemerkte Analogie von derlei Atresieen mit der Blindheit junger Hunde — aufmerksam; und in der That ging bei einer mässigen allmälig verstärkten Spannung des Perinaeums und Voneinanderzerrung der Labien, die jenen schmalen lividen Streifen bildende zarte, halbdurchsichtige, fast spinnenwebartige Membran ohne alle Blutung auf, worauf auch die eng an einander liegenden, etwa noch $^1/_2$″ tief verklebten Wände des Scheidencanals mittelst des sanft eingeschobenen weiblichen Katheters leicht von einander getrennt wurden),

An den bereits aus Dupuytren's Leçons orales bekannten Fall von Heilung eines **widernatürlichen Afters** (in Folge eines eingeklemmten Nabelbruches) mittelst des Dupuytren's Enterotoms reiht Dr. Rendu (Revue méd. Août. 1843) einen von ihm beobachteten an: Sechs Monate nach dem Bestehen des Anus praeternaturalis wurde das Enterotom zum ersten-, vier Monate später zum zweitenmal angewendet. wobei die Zange im ersten Falle nach 10, im zweiten nach 24 Tagen entfernt wurde. Erst bei der zweiten Anwendung derselben, wobei Koliken und Erbrechen eintraten, wurde eine hinlänglich grosse Darmpartie eingeklemmt, um eine freie Communication zwischen dem oberen und unteren Darmstücke zu erzielen. Die später 3mal durch die umschlungene Naht, durch die Autoplastik und Sutur versuchte Verschliessung der äusseren Öffnung, misslang stets; doch näherten sich die Wundränder durch die Heilbestrebung der Natur binnen 5 Jahren so, dass nur eine ungefähr 1 Linie breite Wunde, durch welche etwas grünlicher Schleim abging, zurückblieb. (Ref. hatte im Jahre 1837 Gelegenheit, einen gleich günstigen Erfolg der Anwendung der Dupuytren'schen Darmschere zu beobachten. Ein etwa 40 Jahre alter schwächlicher Weber machte — in Verzweiflung über die Qualen einer acuten Brucheinklemmung — an sich selbst die Herniotomie, indem er die gespannte, schmerzhafte Leistenbruchgeschwulst mittelst des Rasirmessers (horizontal) abschnitt. Die Folge davon war ein Anus praeternaturalis, mit dem der Kranke etwa 3 Wochen später auf die II. chirurg. Klinik aufgenommen wurde. Innerhalb einer gegen 4 Quadratzoll betragenden Wunde der rechten Leistengegend waren zwei mit enormen wulstigen Fleischwällen eingefasste trichterförmig vertiefte Öffnungen zu bemerken, wovon die innere, aus der sich von Zeit zu Zeit Faecalmassen entleerten, dem oberen, die äussere dem unteren Darmrohre angehörte. Beide waren durch eine dicke schwammige Fleischbrücke von einander getrennt. — Nach wiederholter fruchtloser Abtragung und Abbindung der Letzteren, wurde endlich Dupuytren's Enterotom eingelegt und die dicke wulstige Scheidewand zwischen den beiden Darmstücken allmälig fester und fester geklemmt; zugleich wurde auf die wuchernden ringförmigen Wülste der Fistelöffnungen eine allmälig verstärkte Compression geübt, während man andererseits durch täglich applicirte Klystire für Erhaltung der Durchgängigkeit des unteren Darmcanalendes sorgte. Nach 8 Tagen wurde das Instrument entfernt, worauf sich die nekrosirte Brücke nach und nach abstiess und die nun mehr vereinfachte Wunde täglich mehr einzog und verengerte. 14 Tage nach Entfernung des Enterotoms ging bereits von Zeit zu Zeit etwas Koth durch das Rectum ab. und

von nun stellte sich die Durchgängigkeit des Darmcanales immer vollständiger her, wiewohl die kleine Bauchfistel selbst noch nach 3 Monaten nicht vollkommen heilen wollte. Patient verliess endlich in diesem Zustande, d. h. mit Ausnahme der letztgenannten geringfügigen, nur zeitweilig nässelnden Fistel, von seinem Übel befreit, das Hospital. Leider unterlag derselbe ein halbes Jahr später der acuten Lungentuberculose.)

Prof. Pitha.

Prof. Joh. Müller (Av. Ph. 1843. 5. p. 396) liefert uns eine sehr schätzbare Abhandlung über das in seinem früheren Werke über den feineren Bau der Geschwülste nur gelegentlich erwähnte **Osteoid,** das sowohl in Hinsicht seiner Textur als pathologischen Bedeutung sich wesentlich von dem Enchondrom, Osteosarkom, Desmoid und Markschwamm der Knochen unterscheidet. Nach ihm sind die Osteoide 1) unregelmässige, höckerige Geschwülste, welche sich bald langsam innerhalb einiger Jahre, bald rasch, meist zuerst an Knochen und von ihrer Oberfläche aus oft zu einer ungeheueren Grösse entwickeln, zum grossen oder grössten Theile aus Knochenmasse bestehen, in deren Zwischenräume zugleich ein unossificirter meist fester Bildungstheil von der Festigkeit des Faserknorpels eingeht, der auch die Oberfläche der knöchernen Gebilde meist bedeckt. 2) Die Beschaffenheit dieser Knochenmasse ist bald sehr porös, zerbrechlich und auf der Oberfläche in Haufen von unzähligen Blättchen und Fasern zersplittert, bald hingegen fester und dem gesunden Knochengewebe ähnlicher. Niemals bildet der äussere Theil der Geschwulst wie beim Enchondrom eine glatte abgerundete Schale um den weicheren Theil der Geschwulst, niemals wird der Knochen blasig aufgetrieben. Der feinere Bau der Knochenmasse gleicht dem Bau aller Knochen. 3) Der nicht ossificirte Theil der Geschwulst ist eine grau-weisse, von Gefässen durchzogene, auf der Oberfläche hökkerige, meist feste Substanz, welche sich nicht zerreissen lässt und keine Ähnlichkeit mit der Masse des Markschwammes hat. Unter dem Mikroskope zeigt sie sich als ein undeutlich faseriges, dichtes Balkennetz mit sehr kleinen Zwischenräumchen, und hin und wieder eingestreuten primitiven Zellen oder Kernen als Resten von Zellen. Sie ist durchaus ähnlich der thierischen Grundlage des schon ossificirten Theiles und also zur Ossification vorbereitet. Sie unterscheidet sich vom Knorpel sowohl durch ihre Structur als ihre chemische Beschaffenheit. Sie gibt beim Kochen Colla und kein Chondrin. 4) Diese Geschwülste beruhen auf einer Tendenz zu krankhafter, wuchernder und für die gesammte Organisation destructiver Knochenbildung, die meist zuerst an einem Knochen hervorgerufen wird, sich aber später über andere Theile des Knochen-

systems erstreckt und, was wesentlich ist, auch nicht knöcherne Theile ergreift, so dass vor oder nach der Amputation des befallenen Gliedes Osteoide unabhängig von den Knochen des Skeletes in weichen Organen, wie im *Zellgewebe an den serösen Säcken*, in den *Lungen, Lymphdrüsen*, im *Inneren der grossen Gefässe* entstehen können. 5) Die consecutiven Osteoide können in der lockeren, porösen, blätterigen Form sowohl, als der compactesten, festesten Knochenform auftreten, so dass einem primären lockeren Osteoid an den Knochen zuweilen sehr feste Osteoide anderer Theile folgen, oder auch in einem und demselben Körper einige Theile die lockersten, andere die festesten Osteoide entwikkeln. Die Osteoide sind demnach als völlig verschieden von den Exostosen oder Osteophyten anzusehen, sie sind keine Geschwulstformen der Knochen allein, sondern eine ossificirende eigenthümliche Form allgemeiner Geschwülste, eben so verschieden von den gutartigen der Ossification fähigen Geschwülsten, den Desmoiden oder fibrösen Geschwülsten. Nun folgen 9 Krankheitsfälle, aus welchen die gleiche Natur der Krankheit hervorgehen soll. Wenn gleich sich das Osteoid zuerst aus der Beinhaut entwickelt, so bleibt es weder nach aussen in der Richtung vom Knochen ab, noch nach innen gegen den Knochen selbst auf fibröse Gebilde beschränkt. Es verwandelt andere Gewebe in seine eigene Masse, wie z. B. die Muskeln etc. Allein auch der Knochen selbst nimmt am Entwickelungsprocess des Osteoids wesentlichen Antheil. Die Krankheit entwickelt sich zuerst an den Knochen und nachweisbar in einzelnen Fällen nach äusseren Verletzungen. Diese Vegetationen haben in ihrem allgemeinen Charakter Ähnlichkeit mit den Karcinomen, und es ist die Frage, ob sie nicht als eine Form des Karcinoms, als Carcinoma osteoides anzusehen sind. Sie ziehen alle in ihrer nächsten Umgebung befindlichen Gewebe in ihre eigene Metamorphose, sind geneigt zu Recidiven und sind sogar zur Absetzung analoger Massen ins Innere der grossen Gefässe disponirt. Nur zwei Umstände verhindern sie völlig mit Karcinomen zu identificiren, nämlich der gewöhnliche Mangel der Erweichung der Osteoide, und zweitens, dass nach Exstirpationen der Osteoide, Karcinomentwickelung anderer Theile nicht hinlänglich sicher gestellt ist, obwohl Combination des Osteoids mit Karcinom et vice versa durch die Erfahrung ausser Zweifel gesetzt ist.

Trotz der bedeutenden Anzahl von Beobachtungen, welche in Deutschland bezüglich der *Radicalheilung der* **Hernien** nach Gerdy gemacht wurden, sieht man sich dennoch vergebens nach einer genaueren Lösung der Frage um, auf welche Weise diese Heilung erfolgte. Dr. Victor Bruns (Vj. 1) sucht diese Lücke in der Literatur auszufüllen und setzt demnach zuerst den Mechanismus der Operation, so wie die Theile,

welche durch selbe verletzt werden, aus einander und übergeht endlich zur Erörterung der Frage, wie die Radicalheilung bewirkt werde. Die Auseinandersetzung der Operation selbst enthält nichts Neues, nur glaubt Verfasser während derselben besonders auf den Umstand aufmerksam machen zu müssen, dass man sich bei der Einschiebung der Scrotalhaut in den Leistencanal mit der Volarfläche des Zeigefingers dicht an der hinteren Fläche der Aponeurose des äusseren schiefen Bauchmuskels halten müsse, um jeder Verletzung des Peritonaeums, resp. Bruchsackes, auszuweichen. Bezüglich der Theile, welche bei der Operation verletzt werden, bemerkt Verf., dass weder der Bruchsack noch das Peritonaeum bei der Operation verletzt und von der Nadel durchbohrt werden, vorausgesetzt, man hält sich an die früher angegebene Regel, und es wird hierbei blos die eingestülpte Scrotalhaut, die vordere Wand des Leistencanales und dessen allgemeine Bedeckungen durchbohrt, wofür wiederholte Versuche an mit Leistenbrüchen behafteten Cadavern sprechen. Mehr Neues bietet uns Verf. in seiner Erklärung des Heilungsvorganges radical operirter Brüche, und er stellt die Ansicht auf, dass durch Einstülpung der Scrotalhaut und Ausfüllung des auf diese Weise gebildeten Trichters mit einem hinreichenden Charpiebausche zuvörderst Verkürzung und Compression des Bruchsackhalses bewirkt werde, vermöge welcher eine allseitig genaue Berührung der Bruchsackwandungen hervorgebracht werde. Durch den Reitz der Fadenschlinge wird theils in dem subcutanen, theils in dem der äusseren Fläche des Bauchfelles nahe gelegenen subaponeurotischen Zellgewebe eine suppurative Entzündung erregt, die ihrerseits wie jede suppurative Entzündung, wieder in ihrer nächsten Umgebung und somit auch in dem comprimirten Bruchsackhalse adhaesive Entzündung zur Folge hat, vermöge welcher Verklebung und endlich totale Verwachsung der Wandungen des Bruchsackhalses entsteht. Diese Schliessung wird überdies durch die fibrös-cellulöse Masse unterstützt und gesichert, welche aus der im Verlaufe der Stichcanäle emporwachsenden Granulationen hervorgegangen ist, und welche nach dem Aufhören der Eiterung und der Vernarbung der Hautwunden als ein mehr oder weniger dicker und fester Strang nach dem Verlaufe des Leistencanales durch die äussere Haut hindurch gefühlt werden kann.

Das neuerliche Eintreten von **Incarcerations-Erscheinungen** *nach der Herniotomie* hängt nach der Ansicht des Prof. Schuh (Jb. Ö. 2. p. 129) weder von einer zu hoch gesteigerten oder zu weit ausgedehnten Entzündung, noch von einer später sich ausbildenden Gangraen der früher stringirten Theile ab, sondern von *widernatürlichen Anheftungen des Netzes* in Folge vorausgegangener Entzündungen ab. Derlei

Anheftungen finden sich an der unteren Gegend der vordern Bauchwand, dem Poupart'schen Bande entsprechend, oder man findet sie an den inneren weiblichen Geschlechtstheilen, am S. romanum, an einer gleichfalls krankhaft fixirten Partie eines Darmstückes, im Becken, oder es ist die Adhaesion in der Nähe eines Bruchsackes oder in demselben vor sich gegangen. Ebenso kann das Netz auch mit einer im Bruchsacke angewachsenen nicht incarcerirten Darmschlinge festzellig verbunden sein, oder es ist in der unteren Bauchgegend gespalten, indem sich ein Strang in einen Bruchsack lagert, während ein zweiter in der Nähe desselben innerhalb der Unterleibshöhle angeheftet ist. Tritt nun aus was immer für einer Ursache eine meteoristische Auftreibung der Gedärme ein, so kann, da dieselben zwischen das gespannte Netz und die unnachgiebige hintere Bauchwand treten, Verengerung, ja sogar völlige Stringirung einer oder der anderen Darmschlinge eintreten. So leicht es übrigens ist, diesen Zustand von einer substantiven Enteritis zu unterscheiden, eben so schwer hält es denselben von anderen organischen Veränderungen (als Volvulus, Achsendrehungen, Knickungen u. s. w.), welche gleichfalls die Durchgängigkeit des Darmcanales beeinträchtigen oder völlig aufheben, zu trennen; alsdann ist nur in jenen Fällen eine sichere Diagnose zu stellen, wo man bei sehr genauer Untersuchung des Unterleibes unmittelbar hinter der vorderen Bauchwand einen gerade von oben nach unten oder etwas schief verlaufenden harten, nach oben zu sich allmälig verlierenden Strang fühlt, wenn überdies der Unterleib ungleichmässig ausgedehnt erscheint, da er sich dem Verlaufe des gespannten Netzes entsprechend weniger zu wölben im Stande ist. Auch zeigt der Percussionsschall einige Verschiedenheiten, indem die gedrückten Partien mehr gedämpft tympanitisch klingen. Ist die Krankheit hoch gestiegen und hat man sich von der Unzulänglichkeit dynamischer Mittel überzeugt, so bleibt zur Rettung des Lebens nichts anderes übrig, als die Durchschneidung der Bauchwand an der der Anheftung des Stranges nahen Stelle, und die Trennung des stringirenden Stranges mit einem Zuge von innen nach aussen. Diese Verwachsungen liefern uns überdies den Schlüssel zur Erklärung jener Einklemmungserscheinungen, welche mehrere Tage nach Herniotomien wieder eintraten, obwohl bereits wiederholte Entleerungen von flüssigen Faecalstoffen vorhanden waren. Entzünden sich nämlich 1—3 Tage nach dem Bruchschnitte die Eingeweide und blähen sich auf, so können, wenn in der Bauchhöhle die besprochenen Verwachsungen bestehen, neuerdings Incarcerations - Erscheinungen eintreten und den Tod unaufhaltsam herbeiführen. Auf diese Erfahrungen gestützt, räth Prof. Schuh in allen Fällen der Herniotomie, in welchen wegen stärkerer Quetschung des Intestinaltractus auch stärkere Entzündung

bevorsteht: 1) Nach geschehener Reposition der Eingeweide, die etwa durch alte Verwachsungen im Bruchsacke gelagerte Netzportion zu trennen und gleichfalls zurückzubringen. Es ist dieses um so nothwendiger, je mehr vom Netze vorliegt und je gespannter man es findet, denn war die Auftreibung des Unterleibes schon vor dem Bruchschnitte bedeutend, so werden sich nach Lösung der im Bruchsacke enthaltenen Eingeweide die Einklemmungserscheinungen wegen des fortbestehenden Druckes des Netzes nur wenig oder gar nicht mildern und in Kurzem den Tod herbeiführen. 2) Nicht nur den ganzen Bruchsackhals, sondern auch seine nächste Umgebung in der freien Bauchhöhle sorgfältig mit den Fingern zu untersuchen, um sich von einem hier angehefteten und im Verlaufe der Krankheit Gefahr bringenden Netzstrange Kunde zu verschaffen. 3) Sollte sich der Netzstrang erst später im Unterleibe zu erkennen geben und sollten die zum zweitenmale auftauchenden Incarcerationserscheinungen nur durch ihn erklärt werden können; so wäre der Bauchschnitt auf die oben angedeutete Weise als letztes Rettungsmittel zu versuchen. — Dr. Riberi (aZg. 6) hat die **Rhinoplastik**, nach welcher bei Verlust der Nasenscheidewand der autoplastische Hautlappen wegen Mangels des gehörigen Stützpunktes in der Mittellinie einfällt, dadurch zu verbessern gesucht, dass er nach Lösung eines grossen Lappens aus der Stirn und Befestigung desselben über den Rändern des Substanzverlustes die Nasenlöcher mit zwei Canülen versieht. Hierauf legt er auf jede Seite des Lappens ein Stück Leder, das die Form der Nasenflügel hat und durchsticht hierauf diese beiden Stücke mit den sich in ihrer Mitte befindlichen Lappen mit drei langen Nadeln; um endlich das Ganze zu fixiren, bringt er an die Spitze einer jeden Nadel ein Stück Kork an, welches er wie bei der Hasenscharte mit einem gewichsten Faden befestigt. Auf diese Weise bewirkt sich die Adhaesion zwischen den beiden Flächen des Lappens und die Nase erhält eine ganz normale Form. Leicht begreiflich ist, dass bei dieser Methode der Lappen breiter als gewöhnlich sein muss. *Dr. Blažina.*

Ophthalmologie.

Ueber **Entropium, Trichiasis** und **Blepharostenosis** hat D. W. Fröbelius aus Petersburg sehr schätzbare Bemerkungen mitgetheilt (W. 4). Die Abtragung eines Stückes aus der Haut des oberen Lides zur Hebung des Entropium nimmt F. nicht mittelst Pincetten und Bildung einer Hautfalte, sondern, wie es auch Referent meistens gethan, auf eine viel zweckmässigere Art vor. Er spannt das Lid mit der Jäger'schen Hornplatte, umschreibt das zu entfernende, halbmondförmige Hautstück mit dem Messer und präparirt es dann von dem M.

orbicul. mittelst Pincette und Messer weg. Auf diese Art kann man die Grösse des Hautlappens sowohl als die Richtung der Wundlefzen genau so, wie man wünscht, erhalten, die Wundränder werden durchaus nicht gequetscht, das Verfahren ist viel einfacher, und der Patient entgeht den Schmerzen beim Einklemmen und Zurechtschieben der Hautfalte. Am *unteren* Lide ist sein Verfahren folgendes: Mit 2 Fingern der linken Hand fasst er die Haut des Lides in eine Falte, die so gross sein muss, dass das Entropium dadurch etwas mehr als gehoben ist. (In einzelnen Fällen, wo das Bilden der Falte mit den *Fingern* unmöglich war, bediente er sich einer einfachen Pincette, oder stach gleich die Nadeln durch.) Dann nimmt er einen mit 2 krummen Nadeln versehenen Seidenfaden und durchsticht die Basis dieser Falte mit beiden Nadeln in gleicher Richtung von oben nach unten in der Entfernung einiger Linien von einander, so dass auf der einen Seite der Hautfalte die Schlinge (Mitte) des Fadens, auf der anderen die mit den Nadeln versehenen Enden sich befinden. Ist die Falte länger, so legt er 2, auch 3 solche Schlingen an. Ist dies geschehen, so fasst er die beiden mit den Nadeln versehenen Enden des Seidenfadens mit der rechten, die Falte noch immer mit den Fingern der linken Hand haltend, und zieht dieselben gleichmässig stark an, so dass die mit den Fingern gebildete Falte nun durch die angezogene Fadenschlinge fixirt dasteht. Nun wechselt er die Hände, und ergreift mit der rechten eine Cooper'sche Scheere, mit der er aus der emporgehaltenen Hautfalte etwas oberhalb der Nadelstiche, damit die angelegten Fäden nicht durchschnitten werden, ein Hautstück ausschneidet, dessen Form den Anzeigen des vorliegenden Falles entspricht. Nach dieser Entfernung des Hautstückes bleibt nichts weiter übrig, als die blutige Naht zu vollenden, d. h. man braucht nur die angezogene Fadenschlinge mit einer Pincette etwas aus den Wundcanälen hervorzuziehen, dieselbe zu durchschneiden, und dann die angelegten, jetzt einfachen Fäden mit der Kopfnaht zu verbinden. Die Bequemlichkeit und Schnelligkeit, mit der auf diese Weise die Nähte angelegt werden, erspart dem Kranken Schmerzen und dem Operateur Zeit und Mühe. Bei der *Trichiasis* und ihrer Complication mit *Entropium* wandte er ausser der Methode von Jäger und Vacca Berlinghieri noch eine bisher noch nicht beschriebene an, deren Zweck die gleichzeitige Heilung beider Übel ist. Er umstülpt das Lid, führt mit einem bauchigen Scalpell gleich hinter dem Tarsalrande, etwa $^1/_4$ Linie durch die Conjunctiva palpebrae und das Zellgewebe einen mit dem Rande parallel laufenden Schnitt, welcher am rechten Auge vom äusseren Winkel, am linken vom inneren anfängt, mit Schonung der Thränenpunkte, und in dem entgegengesetzten Winkel endigt. Nachdem dies geschehen, wird das Lid reponirt, und die Jä-

ger'sche Hornplatte eingeführt, nun wird aus der Haut ein halbmondförmiges Stück ausgeschnitten, auf die Art, wie oben beim Entropium angegeben wurde, nur dass der Schnitt seinen Anfang von dem ersten *Conjunctiva*-Schnitte nimmt, und sein Ende wieder in dem Ende des ersten Schnittes findet; darauf fasst er die Mitte des oberen bogenförmig beschriebenen Wundrandes mit einer Pincette, und präparirt mit demselben Scalpell das Hautstück von oben nach unten in langen Messerzügen vom M. orbicularis bis zum Tarsalrande ab, wo die Exstirpation des zelligen Bodens zugleich vollendet wird und das ganze Hautstück sammt den krankhaften Cilienwurzeln, sobald der Schnitt den ersten *Conjunctiva*-Schnitt erreicht hat, abfällt. Nach Untersuchung des Tarsalrandes geht er zur Anlegung der Hefte über, indem er zuerst mit einer krummen Nadel an einem feinen Seidenfaden von unten nach oben die Mitte des Conjunctiva-Randes, ohne den Knorpel mitzufassen, durchsticht, und diesen mit der Mitte des oberen bogenförmigen Wundrandes der Augenlidhaut durch die Kopfnaht verbindet, so dass nun die Conjunctiva palpebrarum mit der Cutis verbunden wird. Nach Entfernung der Platte legt er noch 6—8 Hefte an. je nach der Länge des Wundrandes. Darauf werden kalte Umschläge gegeben, und nach 36 Stunden, bei vollkommen geheilter Wunde, die Fäden entfernt. Nur in 2 Fällen misslang die prima intentio, in dem einen wegen zu später Entfernung der Fäden, in dem andern wegen Durchstechung des Knorpels beim Anlegen der Fäden. Die Conjunctiva palp. wird bis auf $^1/_2$ Linie nach aussen gezogen, so dass die Narbe dann nicht, wie bei der früheren Methode, auf den Bulbus drückt und ihn reibt.

Zur Heilung der **Thränensackfistel** schlägt P. Bernard in Paris (A. d' O. Bd. 10. H. 5) die *Exstirpation der Thränendrüse* vor (!!) und hat sie in einem Falle wirklich gemacht. (Was wird Martini [vergl. das 3te Quartal dieser Vierteljahrschrift p. 259] dazu sagen? Ref.)

Auf die Frage, ob zur Heilung des **Schielens** die Muskeln *beider* Augen zugleich durchschnitten werden sollen, antwortet Dr. Heyfelder (C. B. 2). Durchschneidet man beide gerade Augenmuskeln gleichzeitig, so gelingt es zwar, beiden Augen eine ganz normale Stellung zu geben, aber diese ist nicht immer bleibend, indem früher oder später Divergenz eintritt, gegen welche keines der bisher angewandten Mittel etwas vermag. Da die Divergenz nicht nur entstellender, sondern auch störender ist, als die Convergenz, wegen des wenigstens zu Anfang vorhandenen Doppelsehens, so ist es gerathen, nur ein Auge zu operiren, und das zweite, wo nöthig, erst später. Velpeau (G. H. 6) stellt im Allgemeinen auf, dass von den an *Strabismus* Operirten die Hälfte geheilt, $^1/_4$ gebessert, und $^1/_4$ mit der früheren Entstellung oder mit einer derselben gleichen anderen entlassen wurden.

Gegen *katarrhalische* und *scrofulöse* **Conjunctivitis** und vorzüglich gegen **Hornhautgeschwüre** empfiehlt Tavignot (L' Experience 1843. n. 335. — W. Ö. 4) das *Meersalz* (Natronchlorid) *a)* in Substanz, indem ein hinreichend grosses Stück des krystallisirten Salzes in Ätzmittelträger befestiget und damit die Bindehaut, die Pusteln oder die Geschwüre bestrichen werden (der Schmerz darauf dauert nicht lange, und nie wird dadurch eine Zerstörung des berührten Gewebes veranlasst); *b)* als Salbe, 4,8,16 Theile gepulvert auf 30 Theile Schweinfett, besonders bei den sogenannten granulösen Entzündungen der Conjunctiva und hartnäckiger Blepharoadenitis; *c)* am liebsten im Wasser aufgelöst, für leichtere Fälle 15 Theile Salz auf 125 Theile Wasser, später, nach Bedürfniss auch 30—40 Theile Salz. Bei Geschwüren der Hornhaut gibt T. diesem Mittel den Vorzug vor allen anderen Adstringentien. — Auf ähnliche Art empfiehlt Dr. Hildreth Tanesville (Dublin medical press. — G. H. 12) das *Kreosot* bei Krankheiten der Conjunctiva und Cornea anzuwenden; er streicht eine kleine Dosis von Mercurialsalbe oder Ceratum simplex, mit einigen Tropfen Kreosot verrieben, früh und Abends zwischen die Lider, und rühmt dieses Mittel ausser der scrofulösen Conjunctivitis auch besonders gegen chronische Entzündung der Meimbom'schen Drüsen (besonders rothen Präcipitat mit Kreosot) und bei Pannus von chronischer Blennorrhoee. — Die günstige Wirkung der *Tinctura thebaica* bei *Ophthalmia scrofulosa* mittelst Compressen aufs Auge gelegt, nach Kopp, und innerlich Conium maculatum rühmt (besonders bei der torpiden Form) Bennewitz in Berlin (J._Kdk. Bd. 1. H. 3).

Die **skorbutische Augenentzündung** beschreibt Dr. Thielmann (Zg. Russ. 1) nach Beobachtungen im Oranienbaum'schen Seehospitale, abweichend von den bisherigen Schilderungen. 1) Die *skorb. Augenlidentzündung.* Oft ohne alle Empfindung, oft mit gelindem Kitzeln und Brennen röthet sich die Conjunctiva palp. zu einem Gefässnetze, das immer dichter und dunkler wird, bis endlich unter Anschwellung der Bindehaut ihre Röthe gleichförmig wird. Als charakteristisch bemerkt man bald nach Beginn der Entzündung, selbst wenn die Gefässe eine hellrothe Farbe haben, und die Diagnose zweifelhaft ist, Blutausschwitzungen aus den Wänden der Gefässe, die Anfangs nur mit der Loupe erkennbar sind, und durch Vergrösserung endlich zusammenfliessen. Dabei wird die Conjunct. schlaff und mürbe, und blutet leicht bei Berührung. Bei höherem Grade schwellen die Lider auch äusserlich an, werden schmutzig und selbst mit Ekchymosen bedeckt. Das Auge ist wenig oder gar nicht lichtscheu; beim Nachlass der Entzündung zeigt sich Absonderung eines weissen Schleimes. — 2) *Taraxis scorb.* Die

Conjunct. bulbi wird entweder gleichzeitig mit der Conjunct. palp. ergriffen, oder später. Zuerst entsteht ein oberflächliches, verschiebbares Gefässnetz, welches (wenn nicht zugleich eine rheumatische oder scrofulöse Entzündung vorhanden ist) nie den Hornhautrand überschreitet: später kann man ein tieferes, constant ins Blaue spielendes Gefässnetz darunter wahrnehmen. In dem oberen Gefässnetze treten sehr bald die zottenförmigen Blutausschwitzungen aus den Wänden der Gefässe und die flocken- und streifenförmigen Ekchymosen hervor. Dieselben beschränken sich in der Mehrzahl der Fälle auf den von den Augenlidern bedeckten Theil der Conj. scleroticae, so dass zu beiden Seiten der Hornhaut ein Dreieck von mehr minder blasser Farbe entsteht. Die Röthe des oberen Gefässnetzes und der Ekchymosen, von dem Grade der skorb. Dyskrasie abhängig, wechselt zwischen allen Nüancen des arteriellen und venösen Blutes. Mit den beschriebenen Ekchymosen verwechsle man jene nicht, die ohne Entzündung vorkommen, und von der Farbe des hellen bis zu der des dunkelsten Blutes zu sein pflegen; diese nehmen oft bedeutende Flächen ein, entstehen auch bei Nichtskorbutischen nach Rupturen von Gefässen und verschwinden von selbst. Bei der reinen skorbutischen Augenentzündung klagen die Kranken über keine Schmerzen und empfinden höchstens ein Gefühl von vermehrter Wärme oder gelindes Brennen und Jucken. Eben so ist gar keine oder nur geringe Lichtscheu vorhanden. Die Schleimabsonderung richtet sich nach dem Grade der gleichzeitig vorhandenen Augenlidentzündung. 3) Bei der *Chemosis scorb.*, der gesteigerten Taraxis wird das obere Gefässnetz immer dichter, und die Conjunct. schwillt durch Erguss serösen oder lymphatischen Exsudates in ihren Zellstoff rings um die Hornhaut an, manchmal so stark, dass einzelne gegenüber stehende Lappen über der Hornhaut sich berühren und diese mehr weniger verdecken. Unter diesen Lappen wird die Cornea nicht selten rauchartig getrübt. Ekchymosen und Gefässe sind nun, bis auf eines oder das andere, gleichsam zufällig emporgehobene, unsichtbar, und die gleichmässige Tünchung der Conjunctiva wechselt vom Fleischrothen bis zum Schmutzig-Violetten. Bei der letzteren Nüance ist die Diagnose unzweifelhaft; bei der ersteren muss man die von den Lidern bedeckten Partien der Conjunctiva untersuchen, und wird daselbst in der Mehrzahl der Fälle die charakteristischen Ekchymosen vorfinden; die so geschwollene Conjunct. sclerot. blutet sehr leicht bei Berührung, und ist meistens sehr mürbe und schlaff, und nur selten von derber Consistenz. Die Caruncula lacrym. und Plica semilunaris sind bei diesem Grade immer auf ähnliche Art mitleidend, die Lider schwellen oft bis zur Grösse der Faust eines Neugeborenen an, und färben sich äusserlich so, wie bei der Blepharitis

angegeben wurde. Lichtscheu ist stets in höherem oder geringerem Grade vorhanden, Thränen wird gewöhnlich beobachtet, oft mit Blut vermischt, und die Schleimabsonderung ist immer vermehrt; der Schleim ist emulsionähnlich, weiss, schmutzigweiss oder bräunlich. Der Kranke klagt gewöhnlich über Spannung, Druck, vermehrte Wärme und verminderte Sehkraft. Zuweilen kommen auch lancinirende Schmerzen im Augapfel und den Lidern vor, welche gern des Nachts exacerbiren. Vermindert sich die Entzündung, so nimmt die Geschwulst allmälig oder plötzlich ab, die Gefässe und Ekchymosen kommen wieder zum Vorschein; nach dem Verschwinden der Ekchymosen bleiben zuweilen noch lange bestehende gelbe Flecke zurück. Steigert sich die Entzündung, so kommt es zur 4) *Keratoiditis scorb.*, welche auch schon gleichzeitig mit der Taraxis entstehen kann. Zuerst wird meistens das Bindehautblättchen matt und rauhartig getrübt, dann auch die obersten Lamellen der Hornhaut; zuletzt wird die Trübung so dicht, dass man die Iris und Pupille nicht mehr unterscheiden kann. Beim höchsten Grade schwillt die Hornhaut an, und lockert sich hier unter Zunahme der Trübung buchähnlich (?) auf. Es entstehen oft weissliche Phlyktänen, welche nach innen (?) oder aussen platzen und schnell um sich greifende Geschwüre veranlassen, die in kurzer Zeit die Hornhaut durchbohren. Wenn die Phlyktänen nach innen bersten, so entsteht Hypopyon, welches entweder — in seltenen Fällen — resorbirt wird, oder gänzliche Zerstöruug des Bulbus herbeiführt. Dasselbe geschieht, wenn die ganze Hornhaut sich in einen weisslichen oder gelblichen Abscess verwandelt. — Dieses Bild kann durch verschiedene Complicationen mannigfaltig modificirt werden. 5) *Iritis und Capsulitis scorb.* Charakteristisch sind Ekchymosen auf der entfärbten Iris. Oft bemerkt man Blutausschwitzungen in Form dunkelrother Klümpchen von der Grösse eines kleinen Nadelkopfes, vorzugsweise am Circulus minor, aus welchen zuweilen wirkliche Blutungen Statt finden; es entsteht Haemophthalmus. Die Schmerzen exacerbiren des Abends oder des Nachts; Thränen und Lichtscheu sind heftig. — *Vorkommen:* nur bei skorbutischen Subjecten, daher in strengen Wintern und trockenen Sommern seltener, im Frühjahre, Herbste und in nassen Sommern am häufigsten. Man findet sie nicht selten als das erste objective Symptom der beginnenden skorbutischen Dyskrasie; doch fehlt dann selten die Abneigung vor körperlicher Anstrengung und die schmutzige Farbe des Gesichtes, wie sie bei Skorbutischen vorkommt. *Behandlung.* Bei der Blepharitis werden kalte Umschläge, bei der Taraxis dieselben und Einträuflungen von Sulfas ferri (1 Gran auf 6 Uncen), bei der Chemosis Einträuflungen von Lapis infernalis (1 Gran auf 1 Unce alle 4 Stunden einige Tropfen) und auf die Augenlider

Einreibungen einer Salbe von 8 Gran Camphora auf 2 Uncen Unguent. simpl. als die besten Topica empfohlen. Die nächtlichen Schmerzen weichen am besten dem Chinin. sulfur. (5 Gran p. d.), zuweilen mit Opium verbunden. Bei Iritis wird Kali hydrojodicum als das Beste gerühmt (Kali hydrojod. Dr. 1 in Aq. cinnamomi vinosae Dr. 3 S. täglich 3mal 1 Esslöffel voll zu nehmen). (Das Übrige der angegebenen Behandlung weicht von dem Bekannten nicht ab. Ref.)

Über die nachtheilige Wirkung vieler von den gebräuchlichen *Augenwässern* bei **Hornhautgeschwüren** spricht Cunier (A. d' O. Bd. 10. p. 264). Er bezeichnet als schädlich alle Collyrien, welche Metallsalze in Verbindung mit Opiumpräparaten enthalten, indem die Mekonsäure mit den Metallbasen unlösliche Verbindungen eingehe, diese sich im Geschwüre präcipitiren, und nach der Heilung desselben bedeutende Trübungen verursachen, wie dies schon längst von den Bleimitteln bekannt sei. In einem Falle, wo durch Anwendung von Blei- und Opiumhaltigen Collyrien eine förmliche Incrustation auf der Hornhaut entstanden war, die gleichsam als fremder Körper fortwährend auf das Auge reitzend wirkte, stellte Cunier durch Abtragung derselben das Sehvermögen völlig wieder her. — Als Ursache der **Vereiterung der Cornea** nach der *Staarextraction* beschuldiget Sichel (Bulletin de thérap. Octob. 1843. — Jb. 4) nicht die zu grosse Dimension des Hornhautschnittes, wie Maunoir (vgl. 1. Heft dieser Vierteljahrschft.), sondern eine mehr weniger ausgedehnte Suppuration, die in den Wundlappen beginnt und sich nach und nach durch Infiltration weiter ausdehnt. Die *Zerstörung der Cornea* geschehe demnach nicht durch Sphacelus; daher erscheine dieser Process auch nicht so bestimmt, wie M. behauptet, am 2. Tage, sondern bald früher, bald später.

Einen Fall von Heilung der **Mydriasis paralytica** durch Anwendung der *Euphorbia cyparissias* erzählt Dr. Neuhausen. Er beobachtete diese Krankheit vorzüglich bei Fassbindern, die in dunklen Kellern, bei Schneidern, die viel bei künstlichem Lichte und an dunklen Stoffen arbeiten, und bei Bäckern, die bei schwacher Beleuchtung sich dem intensiven Lichte des Backofens aussetzen. Nur in *einem* Falle sah er die Krankheit auf *einem* Auge, sonst immer auf beiden zugleich. Er wandte bei einem solchen Augenkranken den frischen Saft der Euphorbia, einen Tropfen auf 2 Uncen destill. Wassers zum Einträufeln an, und stieg mit der Dosis desselben, bis sich eine solche Reaction einstellte, wie wir solche bei Conjunctivitis in mässigem Grade antreffen. Hierauf wurde Bleiwasser angewandt, und der Kranke vollkommen geheilt. Mehrere Fälle von **Amaurosis**, durch *Galvanopunctur* geheilt, erzählt (doch ohne strenge Kritik) Dr. Person in Bordeaux (Journ. des connaissances

méd. chir. 1843. Nvbr. aZg. 6); einen Fall von **Amaurosis**, geheilt durch Einimpfen von *Sulfas strychnini,* erzählt Verlegh (Journal de méd. et chir. prat. Janvier 1844 — W. Ö. 1). Eine Frau empfand beim Austritte aus der Kirche plötzlich sehr starken halbseitigen Kopfschmerz mit Verminderung der Sehkraft am linken Auge. Trotz der schleunigsten Hülfe nahm das Übel in den folgenden 2 Monaten bis zur Erblindung zu. Die stark erweiterte Pupille blieb auch beim intensivsten Lichte unbeweglich, die Kopfschmerzen, obwohl minder heftig, hielten an. Um die Paralysis zu heben, wurden 1 Gran Sulf. strychnin. in 2 Tropfen aq. destill. gelöst und damit wie mit Impfstoff 12 Inoculationen gemacht, 6 oberhalb des linken Auges in der Richtung des N. supraorbit., 6 unterhalb gegen die Nasenflügel zu. Zwei Tage darauf fühlte die Kranke längs der Richtung der inoculirten Stellen ein Zittern. Nach 2 Tagen wurden um 6 Stiche mehr angebracht, und als Pat. einen leichten Nebel bemerkte, sogar bis auf 30 Stiche gestiegen, worauf die Kranke Objecte zu unterscheiden anfing. Nach der 9. Inoculation war das Gesicht hergestellt. Im Ganzen wurden 5 Gran Sulf. strychn. verbraucht. — Sehr interessante Bemerkungen über die verschiedenen Entwickelungsstufen des **Glaukoms** erhielten wir von Mackenzie (A. d' O. Bd. 10. p. 241). Er erklärt die grünliche Farbe, wegen welcher die Krankheit Glaukom genannt wird, als Reflex der ins Auge fallenden Lichtstrahlen durch die mittleren und hinteren Schichten der Krystalllinse, welche ihre natürliche Farbe und Consistenz verloren, dafür eine braunröthliche Farbe und einen abnormen Grad von Härte und Trockenheit angenommen haben. Extrahirt man eine kataraktöse Linse bei einem 50—60 Jahre alten Individuum, so bieten die oberflächlichen Schichten derselben ein dunkelweissliches Aussehen dar, während der übrige Theil der Linse ambrafarben und weniger verdunkelt (getrübt) ist. Untersucht man dagegen eine glaukomatöse Linse, so findet man die oberflächlichen Lagen relativ durchsichtig, und die krankhafte Veränderung hauptsächlich im Inneren derselben; bei durchfallendem Lichte erscheint sie im Ganzen mehr weniger ambrafarbig; durchschneidet man sie senkrecht auf ihre Flächen, so findet man den Kern und die Schichten unmittelbar hinter demselben rothbräunlich und beträchtlich mehr getrübt, härter und trokkener als die oberflächlichen Schichten. Die also veränderte Linse erscheint, wenn man sie im Auge (mithin bei reflectirtem Lichte) betrachtet, grünlich, was daher nur optische Täuschung ist. Die Linse verhält sich also beim Glaukom auf die Art, wie ein Goldschlägerblättchen, welches nur dann gelb ist, wenn man es bei reflectirtem Lichte betrachtet, hingegen grün, wenn das Licht durchgeht; nur ist es bei der glaukomatösen Linse gerade umgekehrt, nämlich sie ist grün bei reflectirtem, und

rothbräunlich bei durchgehendem Lichte. Im weiteren Verlaufe werden nebst der Linse auch die anderen Häute des Auges verändert, während zu Anfang blos die Linse oder nebst dieser nur noch die Retina ergriffen wird, wobei ein ziemlicher Grad von Sehvermögen Jahre lang unverändert fortbestehen kann. Entfernt man die Linse durch Operation, so verschwindet die grünliche Färbung der Pupille, und das Gesicht wird verbessert, wofern nicht zugleich Amaurosis vorhanden ist. Das erste Symptom des chronischen Glaukoms ist die grünliche Färbung, welche bei bejahrten Personen tief hinter der Pupille erscheint und nicht nothwendig mit einer materiellen Verschlimmerung des Gesichtes vereint ist. Das 2. Stadium dieser Krankheit zeichnet sich aus durch grünliche Färbung der Linse, wobei zugleich die Bewegung der Iris träger und das Gesicht mehr weniger verdunkelt ist. Es kann 5—6 Jahre und länger dauern, während die allmälige Abnahme des Gesichtes kaum merklich wird. Das 3. Stadium ist charakterisirt durch anomale Härte des Augapfels, Erweiterung der Pupille, varicösen Zustand der äusseren Blutgefässe und Zunahme der Gesichtsschwäche. Im 4. Stadium wird die Linse kataraktös, d. i. glaukomatös, in ihrem Kern so wie in ihrer Rinde verdunkelt, dem Umfange nach grösser, gegen die Pupille vorgedrängt, bis sie die Hornhaut erreicht, die Sklerotica wird dünner, so dass endlich die Choroidea durchschimmert und das Gesicht erlischt gänzlich. Im 5. Stadium wird die Hornhaut, an welche sich die hypertrophische Linse anlegt, von Entzündung ergriffen und durch Eiterung zerstört, die Linse tritt aus, die Gefässe im Inneren des Auges bersten und entleeren ihr Blut ebenfalls durch die Hornhautöffnung. Im 6. Stadium endlich wird das Auge kleiner und atrophisch. Der Process muss übrigens nicht alle diese Stadien durchmachen und kann auch ohne ärztliche Behandlung bei einem oder dem anderen still stehen. Im Anfange ist, wie gesagt, das Glaukom im Allgemeinen nur Krankheit der Linse, doch kann auch gleich von Anfang Amaurosis dabei sein. In den vorgerückteren Stadien treten Symptome hinzu, welche durch krankhafte Veränderungen beinahe sämmtlicher Gebilde des Auges bedingt sind. Die katoptrische Untersuchung des Auges ist nur in den ersten Stadien von Wichtigkeit. Im 1. Stadium ist sowohl das aufrechte Bild (von der vorderen Kapsel) als das verkehrte (von der hinteren) gleich deutlich; beide sind etwas grösser als im gesunden Auge, beide von gelblicher Farbe. Im 2. und 3. Stadium ist das aufrechte Bild noch grösser als das erste, aber weniger scharf begränzt, und das verkehrte ist nur eine Zeit lang sichtbar; verändert man die Stellung der Flamme, so erscheint das Bild nahe am Rande der Linse, aber es wird mehr weniger deutlich in dem Masse, als man es dem Centrum der Pupille näher bringt. In den letzten Stadien

endlich verschwindet es gänzlich. Nur im 2. Stadium ist die Entfernung der Linse noch zulässig. Die Umstände, welche uns die Krankheit für Glaukom im 2. Stadium zu erklären ermächtigen und zur Entfernung der Linse, um das Gesicht wieder herzustellen, berechtigen, sind: die grünliche Trübung hinter der Pupille, stärker als bei der gewöhnlichen Katarakta, so dass vermög der Durchsichtigkeit der oberflächlichen Linsenschichten die Iris einen breiteren Schatten auf die Trübung wirft, als wenn die Oberfläche der Linse verdunkelt ist, die normale Consistenz des Bulbus, der gesunde Zustand des Gewebes der Iris, die nicht abnorme Weite der Pupille, die Abwesenheit des verkehrten Bildes, während das aufrechte gelblich und verworren erscheint, die Analogie der Art zu sehen mit der beim gewöhnlichen Linsenstaare, und der viel weniger rasche Fortschritt der Krankheit als der des Linsenstaares (indem die Bildung des Glaukoms 5 bis 6 Jahre dauern kann, während die des gewöhnlichen Staares in eben so viel Monaten vollendet ist) (?). Von grösster Wichtigkeit ist die Erkenntniss der etwa gleichzeitig vorhandenen Amaurosis. Oft werden Kranke, denen man durch Entfernung der glaukomatösen Linse noch helfen könnte, als unheilbar abgewiesen. Aufmerksame Untersuchung würde darthun, dass das Gesicht nicht gänzlich erloschen, sondern beinahe noch in demselben Grade vorhanden ist, wie bei einfacher Katarakta, eben weil die Symptome des 3. und der folgenden Stadien noch nicht eingetreten sind. Nur wenn dies der Fall ist, oder zugleich auch nur unvollständige Amaurosis vorhanden ist, bleibt die Operation ohne Erfolg. Die Amaurosis ist übrigens auch in den späteren Stadien kein constantes Symptom des Glaukoms. Stets aber ist in diesen Stadien Auflösung der Glashaut vorhanden; die übermässige Menge der Glasfeuchtigkeit bewirkt die Härte des Bulbus, den Schmerz, die Photopsie und den Verlust des Gesichtes. Entfernt man diesen Druck durch Entleerung von etwas Glas- oder wässeriger Feuchtigkeit, so erhält man bisweilen eine vorübergehende Besserung des Gesichtes, so wie auch Nachlass des Schmerzes. Rücksichtlich der Operation ist übrigens wohl zu merken, dass selbst leichte Verwundungen glaukomatöser Augen leicht heftige Entzündung und Zerstörung herbeiführen. Es ist daher die Zerschneidung der Kapsel (mit einer sehr feinen Nadel durch die Sklerotica) der Reclination sowohl als der Extraction vorzuziehen. Diese Erörterungen knüpfen sich an eine Krankengeschichte, deren Gegenstand die Heilung eines Glaukoms im 2. Stadium durch wiederholte Discission der Kapsel, später auch der Linse mittelst Skleronyxis bildet. *Dr. Arlt.*

Staatsarzneikunde.

Unter den im ersten Quartale 1844 erschienenen und begonnenen Werken im Gebiete der Staatsarzneikunde nimmt unstreitig die systematische Darstellung des Medicinal-Wesens im österreichischen Kaiserstaate von Dr. Jos. Müller (XXV) den ersten Platz ein, ein Werk, welches von ungewöhnlichem Fleisse und Sachkenntniss zeugt, worauf wir jedoch verweisen müssen.

An die bereits mitgetheilten Erfahrungen über den **Erhängungstod** (Vj. Prag. 1844. 1. p. 222) schliessen sich die Untersuchungen von Dr. Schneider (A. St. 1. p. 44) und Dr. Meding (Z. St. 1. p. 80) an. S. fand häufiger die Zeichen des Stick- als des Schlagflusses und kaum bei der Hälfte der Fälle Stick- und Schlagfluss zugleich; nach M. soll der Tod beim Erhängen, wenn gleich unter selteneren Umständen, auch durch primären Blutschlag, Hirnblutung, erfolgen und der asphyktische Tod um so weniger durch auffällige physische Veränderungen am Leichnam sich kund geben, je schneller und vollständiger die Unterbrechung oder Hemmung des Luftzutrittes zu den Lungen Statt gefunden hat. Auch S. fand nie Bruch des Zungenbeines, des Kehlkopfes oder der knorpeligen Ringe der Luftröhre; auch nicht in allen Fällen blaurothes, aufgetriebenes Gesicht, angeschwollene Lippen, Hervorragen der Zunge und Eingeklemmtsein derselben zwischen den Zähnen. Letzteres, welches M. in mehreren Fällen von Asphyxie durch und ohne Erhängen gefunden hat, betrachtet er als von einem convulsivischen Zustande der Respirationsmuskel abhängig. (Gewöhnlich leitet man diese Erscheinung von der Compression des Schildknorpels durch das Würgeband her; ist dieses aber oberhalb des Schildknorpels angelegt und drückt es auf das Zungenbein, so tritt die Zunge nach Belloc nicht hervor. Ref.) In den wenigsten und zwar nur in solchen Fällen beobachtete S. unvollständige Luxationen der zwei oberen Halswirbel und Bruch des Zahnfortsatzes des zweiten Halswirbels, wenn der Selbstmörder einen starken, gut genährten Körper, daher ein verhältnissmässig grosses Gewicht hatte und sich im Acte des Erhängens von meist hohem Befestigungspunkte des um seinen Hals geschlungenen Strickes schnell und gewaltsam herabfallen liess. Je dünner, fester und dichter der Strang oder das Würgeband ist, desto deutlicher ist auch die braungelbliche, pergamentartige Strangrinne. Diese Rinne war in solchen Fällen sehr tief zwischen dem Zungenbeine und dem Kehlkopfe, stieg nach hinten mehr in die Höhe, wurde an den Stellen, wo der Knoten oder die Schleife war, flacher, wenn der Mensch so aufgehängt war, dass seine Füsse senkrecht herabhingen. Fand man den Körper aber mehr in liegender,

knieender Stellung, so verlief die Strangrinne alsdann beinahe quer am Halse nach hinten hin. Durch einen hartgedrehten dünnen Strang wurde niemals eine Zerreissung der Blutgefässe oder Sugillation bewirkt, sondern nur Blutüberfüllung der Vena jugularis und gewaltsame Zusammenschnürung der Karotiden, des Nerv. vagus und sympathicus angetroffen, die eine silbergraue Furche bildete; bei einem dicken, zusammengedrehten Tuche mehr oder weniger bedeutende Quetschung der Halsmuskel mit extravasirtem, coagulirten Blute. Samenergiessungen fehlten fast nie (Hyperaemie der sämmtlichen schwammigen Gewebe des Penis fand auch Prof. Rokitansky), dagegen wurden nie Hydatiden an den Hoden oder Nebenhoden bemerkt. — Der Tod durch **Ertrinken** erfolgt nach Dr. Loeffler (Z. St. 1. p. 1) auf folgende Art: Die tropfbare Flüssigkeit sperrt allmälig oder plötzlich die atmosphärische Luft von den Luftwegen ab; der Respirationszweck kann daher nicht mehr erfüllt werden; das nicht mehr decarbonisirte Blut circulirt zuerst frei durch die Lungen vom rechten zum linken Herzen und wird von letzterem in alle Organe des Körpers geführt. Den hierdurch gesetzten Mangel an vitaler Erregung beurkundet zunächst das Gehirn durch Latentwerden seiner Function (aufgehobener Willenseinfluss, Bewusstlosigkeit, Anaesthesie); die von der Medulla oblongata abhängigen Athembewegungen werden zwar beeinträchtiget, spielen jedoch noch eine Zeit lang fort. Unmittelbar nach der Suspension der Gehirnfunctionen erleidet auch der Durchgang des Blutes durch die Gefässe der Lunge eine Hemmung; das Blut beginnt deshalb in der rechten Herzhälfte zu stagniren, während in die linke nur noch sehr wenig gelangt. Hiernach hören nun auch die Athembewegungen auf, nur das Herz verräth noch durch schwache und seltene Pulse den nicht ganz erloschenen Lebensfunken. Allein der Mangel an Erregung von Seiten des Blutes wie der Nerven dauert fort, der Scheintod ist vollständig und geht früher oder später in den wahren Tod über. — Über die *Existenz eines krankhaften* **Triebes zur Brandstiftung** *im jugendlichen Entwickelungsalter* spricht sich Dr. Siebenhaar (M. St. Bd. 2. p. 266) im Wesentlichen in folgender Weise aus: Die Brandstiftung bildet nach Quetelet den Übergang von den Verbrechen am Eigenthum, womit der Mensch vorzugsweise den Anfang zu machen pflegt (bis zum 25. Jahre), zu denen gegen die Person (nach dem 25. Jahre). Abgesehen von einzelnen Fällen der Brandstiftung, denen ganz kindische Ursachen zum Grunde liegen, sind es meist versteckte und mittelbare Angriffe auf die Personen, an denen Groll, Rache, Bosheit ausgelassen werden soll, an ihrem Eigenthum geübt. Der vollkommen reife Mensch geht direct auf die Person los. dem Immaturen fehlt es dazu an Kraft und Muth. Kohle, Zunder,

Schwefelspahn sind viel leichter zu handhaben und zu verstecken, als Messer, Dolch und Schiessgewehr, wobei man seine Gegner von Angesicht zu Angesicht gegenüber sieht. — In diesen Verhältnissen des immaturen Alters liegt die ungewöhnliche Häufigkeit der Brandstiftungen während der in Rede stehenden Altersperiode. Zweifellos existirt ein Causalverband zwischen beiden. Er liegt aber nicht in psychischer Störung, durch somatische Entwickelungsverhältnisse bedingt, sondern in der noch nicht zureichend vorgeschrittenen geistigen und körperlichen Entwickelung, in dem Abgange an Reife. So weit Quetelet. Seltener wird der Brandfrevel lediglich aus Schwäche und aus blossem Unverstande verübt, meistentheils kommen noch andere Ursachen hinzu, als die verschiedenen Richtungen des erwachenden Selbstgefühles, Egoismus, demnächst die Nachahmungssucht, endlich Heimweh. Da nach der allgemeinen Beobachtung und Erfahrung, die Grundzüge des Charakters des noch immaturen Jugendalters in Unbedachtsamkeit, Unbesonnenheit und Leichtsinn, durch welche sich solche Individuen leicht zu Handlungen, deren Bedeutung und Folgen sie, selbst wenn sie ihnen wohl bekannt sind, nicht immer bedenken, fortreissen lassen, ferner in Muthwillen, Ausgelassensein und Schadenfreude, in Reitzbarkeit und Empfindlichkeit und daraus hervorgehender Rachsucht, sodann in Widerspenstigkeit und der Sucht etwas aus sich zu machen, in dem Streben nach dem Ungewöhnlichen, so wie andererseits in der Neigung, die Thaten Anderer nachzuahmen, endlich in dem oft ungezügelten Verlangen nach Freiheit und Ungebundenheit bestehen, so lassen sich hierinnen auf ungezwungene Weise hinreichende *Motive* zur Begehung des Brandfrevels unter den verschiedensten Verhältnissen finden. Es bedarf daher zur Erklärung dieser Erscheinung keineswegs der Annahme einer besonderen krankhaften Störung des Seelenzustandes, die in einer eigenthümlichen Lust an dem Feuer und dem verbotenen Gebrauche desselben bestehen soll. Eine solche gleichsam instinctartige und mit unwiderstehlicher Gewalt zur That treibende Brandstiftungsgier lässt sich weder in der Erfahrung, noch in der Theorie haltbar nachweisen. Das Verbrechen der Brandstiftung ist in den Fällen, in welchen es von Individuen verübt wird, bei denen die Pubertätsentwickelung unregelmässig von Statten geht, und diese Anomalien von einem störenden Einflusse auf die psychischen Functionen begleitet sind, nur als eine zufällige Äusserung des abnormen Seelenzustandes, nicht aber als eine durch die besonderen Causalverhältnisse dieses letzteren bedungene unfreie Handlung zu betrachten. (Jedenfalls ist bei Beurtheilung dieses oft mit kör-

perlichen Krankheitszuständen complicirten Triebes die grösste Vor- und Umsicht zu empfehlen. Ref.)

Die Unterscheidung, ob die *Lungen eines* **Neugeborenen** *durch Lufteinblasen, oder durch selbständige* **Respiration** *schwimmfähig* geworden sind, ist weder durch die verschiedenartig angegebene Färbung der Lungen und die dieser zum Grunde liegende capilläre Injection, noch durch die anderen gewöhnlich angenommenen Zeichen mit Bestimmtheit möglich. Um so wichtiger ist die Beobachtung von Cormack (G. 2. p. 26), dass bei einer genaueren Untersuchung die Lungenzellen durchrissen, die interlobulären Zwischenräume verletzt und selbst Luftblasen unter der Lungenpleura angetroffen werden, wenn in die Lungen eines todtgeborenen Kindes Luft mit einer solchen Gewalt eingeblasen worden ist, dass sich die Lungen oberhalb des Wassers erhalten. Es ist schon eine ältere Erfahrung, dass bei Individuen, die durch künstliche Respiration ins Leben zurückgebracht wurden, häufig Zerreissungen der Lungenzellen dadurch bewirkt wurden und C. fügt hinzu, dass solche gewöhnlich von Pneumonie befallen und auch häufig in Folge derselben weggerafft werden; endlich hat er seine Beobachtung durch Versuche an Hunden und Kaninchen, bei welchen, nach Aufhören der natürlichen Respiration eine künstliche mit aller Vorsicht unterhalten wurde, und durch den Fall eines neugebornen Kindes, welches nicht geathmet hatte und welchem die Luft nur mittelst einer Federspule durch den Mund und zwar auf die sanfteste Weise eingeblasen wurde, gleichfalls bestätigt gefunden. — Zur Herstellung einer *probehältigen* **Töpferglasur** (Vj. Prag. 1844. 1. p. 222) gibt Dr. Siebenhaar (Z. St. 1. p. 183) folgende Bedingungen an: 1) Man darf nur gleiche Gewichtstheile Bleiglätte und Versatz, bis zu höchstens dem Verhältnisse von 7 Theilen Bleiglätte und 4 Theilen gehörig trockenem Versatze nehmen, um bei jedem Hitzgrade, der diese Masse in Fluss zu bringen vermag, eine der Einwirkung des Essigs und anderer sauerer Stoffe widerstehende Glasur zu erhalten. 2) Der zum Versatze zu verwendende Lehm, der sich um so mehr dazu eignet, je fetter und eisenoxydhaltiger er ist, muss möglichst gut geschlemmt und hierauf in vollkommen trockenen Zustand versetzt werden, damit er sich fein genug zerreiben lässt und beim Abwiegen im richtigen Verhältnisse zur Bleiglätte kommt. 3) Die Bleiglätte und der Versatz müssen auf das Gleichmässigste mit einander verrieben werden und 4) dürfen zum Färben der Bleiglasur nicht schädliche Stoffe, z. B. Kupfer, Antimon verwendet werden; Braunstein und Eisenoxyd sind hierzu die geeignetesten. *Dr. Fayrer.*

Die Ausmittelung der **Arsenikvergiftungen,** welche die Thätigkeit der Chemiker in der letzten Zeit mehr als je beschäftiget hatte,

gab auch in dem verflossenen Jahre Anlass zu sehr zahlreichen Untersuchungen, worunter wir insbesondere jene von Orfila, Reinsch, Chevallier und Barse (XXVII—XXX im vorigen Quartalhefte), Meurer (M. St. Bd. 2. p. 243) und Gleitsmann (Av. Bd. 5. p. 182) hervorheben. Statt in das Detail derselben einzugehen, ziehen wir es vor, einen Auszug aus der im Märzhefte von Wöhler und Liebig's Annalen erschienenen trefflichen Abhandlung von Dr. Fresenius und Dr. Babo zu geben, da diese nicht blos eine vollständige Zusammenstellung aller bisherigen Leistungen über diesen Gegenstand, sondern auch eine kritische Beleuchtung derselben enthält, und dabei die von der Naturforscherversammlung zu Mainz angeregte Frage: „*Welches ist die beste Methode zur Ausmittelung des Arsens in Magencontentis, Speisen etc., wenn keine arsenige Säure in Substanz aufgefunden wird,*“ in einer Weise beantwortet, welche allen Anforderungen des gestellten Problems entspricht. Diesem zu Folge soll die anzugebende Methode *a)* das Arsen in jeglicher Form des Vorhandenseins ermitteln lassen, *b)* nicht blos zur Ermittelung des Arsens, sondern auch zu der anderer Gifte, wenigstens der metallischen hinführen, *c)* die Möglichkeit einer Verwechslung ausschliessen, *d)* möglichst geringe Mengen von Arsen zu erkennen geben, *e)* die Quantität des Arsens wenigstens annähernd bestimmen lassen, und *f)* diese Zwecke auf die einfachste Weise erreichen.

Von den bisher in Vorschlag gekommenen Methoden, — die sich nach Fr. und Babo auf 4 reduciren lassen, und insofern unterscheiden, als das Arsen 1) als arsensaurer Kalk, 2) als Schwefelarsen, 3) als Arsenwasserstoff oder 4) mittelst Kupferplatten im metallischen Zustande abgeschieden werden kann — erfüllt die 1te oder Valentin-Rose'sche *Methode* wohl mehr oder weniger vollständig die Bedingungen a. c. f., ist bei b. nicht hinderlich, ist jedoch nicht geeignet sehr kleine Mengen von Arsen nachzuweisen und gestattet daher auch keine, nur einigermassen genaue quantitative Bestimmung, weil die Fällungen von Arsenigsäure und arsensauerem Kalk durch die Anwesenheit von Salzen, besonders von Ammoniaksalzen (die sich aus animalische Stoffe enthaltenden Gemengen immer nur schwer entfernen lassen) gehindert wird. — Die dritte Methode, welche die Basis des Marsh'schen Verfahrens bildet, das neuerdings durch Orfila, Chevallier und Barse, Reinsch, Meurer (l. c.) einige Modificationen erhielt, entspricht in vorzüglichem Grade den Bedingungen d. und f., dient aber weder für a. und e., noch für b., und hat noch den Nachtheil, die zu untersuchende Substanz mit Zink zu verunreinigen, welches selbst als Gift gedient haben konnte; endlich kann diese Methode, obgleich es itzt untrügliche

Mittel zur Unterscheidung erhaltener Metallspiegel gibt, doch leichter, als jede andere, zu Verwechslungen und vorgefassten Meinungen führen. — Die 4te *von* Reinsch (l. c.) *angegebene Methode* entspricht ebenfalls nicht den beiden ersten Anforderungen und führt übrigens noch zu einer Verunreinigung mit Kupfer. Ihr Gelingen wird übrigens von der Gegenwart verschiedener Substanzen (salpetersaurer Salze, Metallverbindungen etc.) beeinträchtigt, weshalb man ihr auch den Vorzug, sehr geringe Quantitäten von Arsen anzuzeigen, nur bedingt zugestehen kann; auch ist dabei eine quantitative Bestimmung sehr schwierig, da sich der metallische Arsenbeschlag von dem Kupferbleche leicht abblättert. — *Es kann somit nur noch die* 2te *von* Berzelius *herrührende Methode in Anbetracht kommen.*

Die 1. Aufgabe vor jeder weiteren Untersuchung ist aber, *aus den arsenhaltigen Gemengen klare Flüssigkeiten, in denen alles Arsen enthalten ist, zu gewinnen, ohne dass Metalle, die selbst als Gift gegeben worden sein könnten, dazu gebraucht werden.* Unter den vielen diesfalls angewendeten Verfahren hat: 1) das Kochen der Magencontenta mit *Salpetersäure* (Schrader, Pfaff, Buchner) den Nachtheil, dass die nachherige Fällung mit Schwefelwasserstoff erschwert wird; 2) beim Kochen mit verdünnter *Ätzkalilauge* und Übersättigung mit *Salzsäure* (Pfaff, Berzelius, Liebig) bleibt die Flüssigkeit immer etwas schmierig und schwer zu filtriren; auch erhält man nicht alles Arsen, da sich, wenn schwefelhaltige Substanzen (Eiweiss etc.) oder Schwefel in hinreichender Menge vorhanden sind, Schwefelkalium, und beim Ansäuern, Schwefelarsen erzeugt, welches übrigens auch vorgebildet zugegen sein kann, in beiden Fällen aber ungelöst auf dem Filtrum bleibt; — 3) durch Kochen mit einer Auflösung *Zinkoxyd in Ätzkali* und Übersättigen mit Schwefelsäure (Taufflieb), so wie 4) durch Fällen der organischen Substanzen mit *salpetersaurem Silber* (Graham) wird gegen die obige Bedingung eine Beimengung neuer Metalle veranlasst; 5) durch Kochen mit *Wasser* löset sich arsenige Säure nur dann, wenn nicht Eisenoxydhydrat als Gegengift angewendet worden und die Vergiftung nicht durch im Wasser unlösliche Arsenverbindungen geschehen war; — 6) beim Kochen mit *Salzsäure* auf einer Porcellanschale (Otto) verflüchtiget sich beim Aufwallen leicht ein Theil arseniger Säure, was man wohl 7) beim Kochen in einer Retorte (Duflos und Hirsch, Drunty, Brandes) vermeiden kann, überdies wird aber auch etwa vorhandener Schwefelarsen nicht aufgelöst; 8) ein Entfärben des wässrigen Auszuges mit Kohle (Philipp's) ist schlechterdings nicht zulässig, indem dabei ein Theil des Arsens, bei geringen Quantitäten sogar alles in der Kohle zurückbleibt. — Alle

angeführten Übelstände werden vermieden, und *ohne dass etwas verloren ginge*, *eine klare farblose Flüssigkeit* erhalten, die, wie F. und B. durch directe Versuche zu erhärten suchten, alles Arsen, selbst das als Schwefelarsen vorhandene enthält, wenn man entweder 1) nebst Salzsäure zugleich auch *Chlor* in Anwendung zieht (möge dies als Gas (Wackenroder, L. Gmelin, Orfila, Liebig) durchgeleitet, oder durch Zusatz von Chlorkalk (Wackenroder) oder chlorsauerem Kali (Duflos) entwickelt werden, — oder 2) zur Trockne abdampft, den Rückstand mit concentrirtem *Schwefelsäurehydrat* behandelt (Danger und Flandin, Bunsen), um alle organischen Theile zu zerstören, und die verkohlte Masse mit Wasser und etwas Salpetersäure auszieht.

Nach vielfach abgeänderten Versuchen halten F. und B. es für das Zweckmässigste, die gehörig zerkleinerten organischen Materien mit einem gleichen Gewichtsantheile, oder etwas mehr concentrirter Salzsäure und soviel Wasser, als zur Bildung eines dünnen Breies hinreicht, auf einer Porcellanschale im Wasserbade zu erhitzen, in Zwischenräumen von 5 Minuten unter stetem Umrühren kleine Portionen (von etwa $^1/_2$ Dr.) chlorsaueren Kali so lange zuzusetzen, bis der Inhalt der Schale hellgelb, völlig homogen und dünnflüssig geworden ist, hierauf nachdem man noch 2 Dr. chlors. Kali zugesetzt, die Flüssigkeit erkalten zu lassen, und dann zu filtriren, indem man Sorge trägt, den Rückstand gehörig auszusüssen. Bei grösster Einfachheit der Operation erhielten sie so unter allen Umständen die hellsten Flüssigkeiten.

Nach geschehener Auflösung und Entfärbung ist der 2te Theil der Aufgabe *Ausscheidung des Arsens*, was, dem oben Gesagten zufolge, auf eine allen Anforderungen entsprechende Weise nur mittelst Schwefelwasserstoff bewerkstelliget wird. Übrigens geschieht die Ausscheidung gleich vollständig, es möge die in der Flüssigkeit etwa enthaltene Arsensäure früher durch schweflige Säure zu arseniger Säure reducirt worden sein oder nicht, nur führt ersteres Verfahren rascher zum Ziele. F. und B. setzen daher zu der bis auf etwa 1 Pfd. eingedampften Flüssigkeit so lange eine gesättigte Auflösung von schwefliger Säure, bis der Geruch der letzteren merklich vortritt.

Um das Schwefelarsen (dessen Fällung am besten in einem Becherglase geschieht, und etwa binnen 12 Stunden beendiget ist) *von den möglicherweise noch beigemengten organischen Substanzen und anderen Schwefelmetallen zu reinigen*, behandelt man das Präcipitat zuerst mit concentrirter Salpetersäure, und dampft unter Zusatz von früher erwärmter concentrirter Schwefelsäure bei 80—100° R. fast zur Trockene ab; die bröckliche Masse wird nun mit etwa 20 Theilen heissen destillirten

Wassers ausgelaugt, filtrirt und der Rückstand (der die verkohlten organischen Substanzen enthält) vollkommen ausgesüsst. Aus der wasserklaren Flüssigkeit wird nun das Arsen abermals als Schwefelarsen gefällt, auf ein Filtrum gesammelt, und darauf in Ammoniak, wobei die übrigen etwa vorhandenen Schwefelmetalle zurückbleiben, gelöst; und darauf durch Abdampfen bei 80° R. auf einem gewogenen Schälchen, das Ammoniak vertrieben und nun das Schwefelarsen dem Gewichte nach bestimmt, *woraus dann der Gehalt an Arsen und arseniger Säure*, die sich zu jenem wie 0,603 und 0,803 : 1000 verhalten, *leicht berechnet werden kann.*

Um das Arsen aus dem gereinigten Schwefelarsen im metallischen Zustande darzustellen, und Metallspiegel zu erhalten, von denen man gewiss ist, dass sie nicht von einem anderen Metalle herrühren, reducirt man *entweder Schwefelarsen* mit kohlehaltiger Soda (Berzelius, Winkelblech), mit oxalsaurem Kalk und kohlens. Kali (Duflos), mit schwarzem Fluss (Liebig), mit Silberpulver (Taufflieb), oder silberhaltigen Kohlensplittern (Runge), mit Cyankalium und Soda (Haidlen und Fresenius) *oder* die durch Rösten des Schwefelarsens erhaltene *arsenige Säure* mit *Kohle.* (Berz.) — Bei allen diesen Methoden ist ebenso wenig als bei der Reduction des *arsens. Kalks* mit Kohle (Berz.) eine Verwechslung mit anderen Metallen möglich, besonders, wenn man Vorsichtshalber das Schwefelarsen früher noch im Ätzammoniak auflöst, um so die anderen darin unlöslichen Schwefelmetalle, namentlich Schwefelantimon abzuscheiden. Der wesentliche Übelstand bei diesen Methoden, — dass man nämlich bei Anwesenheit von Wasser, organischer Substanz, atmosphärischer Luft, besonders wenn man mit kleineren Quantitäten operirt, oft keinen reinen Metallspiegel erhält, — entfällt zwar, wenn man die Reduction im Wasserstoffgas vornimmt, sei es, dass man das mit kohlens. Natron gemengte Schwefelarsen nach der von Berzelius angegebenen Weise in Hydrogen erhitzt, oder dass man nach Umwandlung des Schwefelarsens in Arsensäure (Duflos und Hirsch), in arsensaueres Kali (Berz.), arsens. oder arsenigs. Kali (Liebig) diese im Marsh'schen Apparate behandelt; läuft aber Gefahr einen Spiegel von Antimon statt von Arsen zu erhalten.

Das demnach von F. und B. angegebene Verfahren, welches die Vortheile beider Methoden vereinigend, selbst bei einem Arsengehalte von weniger als $^1/_4$ Milligr. noch deutliche Metallspiegel von vollkommener Reinheit liefern soll, ohne dass dabei eine Verwechslung mit Antimon zu besorgen wäre, besteht darin, dass man das zu reducirende, von organischen Stoffen vollkommen freie, pulverförmige und gehörig trockene Schwefelarsen mit etwa 12 Theilen eines aus 3 Theilen trockenen kohlensaueren Natron und 1 Theil Cyankalium zusammengesetzten Gemenges in eine am vordern Ende ausgezogene Glasröhre bringt, die man,

um alles Wasser zu entfernen, gelinde erwärmt, dass man dann darüber einen langsamen Strom von kohlens. Gas leitet, das jenseits des Gemenges durch Glühendmachen der Glasröhre erhitzt wird, worauf man das Gemenge mittelst einer 2ten Weingeistflamme, die man allmälig nach vorwärts rückt, erhitzt, bis alles Arsen ausgetrieben ist. Ein Theil von diesem verdichtet sich alsogleich zu einem spiegelnden Metallbeschlage, ein kleiner Theil, der gasförmig mit dem Strome von Kohlensäure weitergerissen wird, erst jenseits der vorderen Lampe, nur höchst wenig entweicht unter Bildung von Knoblauchgeruch. — Zuletzt wird alles Arsen in den ausgezogenen, dünneren Theil der Röhre hinüber getrieben, die dann zum Behufe späterer Versuche beiderseits zugeschmolzen werden kann, ein Vorschlag, den auch die k. wissenschaftliche Deputation f. d. Med. Wesen in Berlin (Zg. Pr. 1843. n. 1) macht. — Die Erhizzung des zu reducirenden Gemenges im kohlens. Gas, welches die Eigenthümlichkeit des Verfahrens von F. und B. ist, hat den Vortheil, dass man directen Versuchen zu Folge nie Spiegel von Antimon erhält, indem dieses einen höheren Hitzegrad als Arsen bedarf, um flüchtig zu werden, die reducirten Antimontheilchen sich aber immer schon früher mit einer schützenden Schlacke von schmelzendem Cyankalium umgeben. Dass man sich vor jeder Untersuchung überzeugt haben muss, dass die angewandten Utensilien und Reagentien von Arsen frei seien, versteht sich von selbst. *Dr. Halla.*

Literatur.

Anmerkung. Im Texte der Analekten bedeuten die den abgekürzten Titeln der Journale beigesetzten arabischen Ziffern bei bogenweise (Num.) erscheinenden Zeitschriften die Numer, bei jenen, die geheftet herauskommen (Hft.) das Heft, und die letzte Ziffer, der ein p. oder S. vorgesetzt ist, die Seitenzahl. Wo die Jahreszahl nicht angegeben ist, hat man bei Numern und Monatsheften des ersten Vierteljahres den Jahrgang 1844, bei Numern und Monatsheften der späteren Quartale den Jahrgang 1843 zu verstehen.

A. d' O. Annales d' Oculistique, par Flor. Cunier. Bruxelles. Hft.

A. Han. Hannover'sche Annalen für die gesammte Heilkunde, herausgegeben von G. P. Holscher. Hft.

A. Heid. Medicinische Annalen, herausgegeben von F. A. B. Puchelt, M. J. Chelius und F. C. Nägele. Heidelberg. Hft.

A. St. Annalen der Staats-Arzneikunde von Schneider, Schürmayer und Hergt. Hft.

Av. Archiv für die gesammte Medicin, von H. Haeser. Hft.

Av. Belg. Archives de la médecine Belge et Bulletin médical Belge. Publiés par J. E. Lequime. Hft.

Av. Ph. Archiv für Anatomie, Physiologie und wissenschaftliche Medicin von J. Müller. Hft.

aZg. Allgemeine Zeitung für Chirurgie, innere Heilkunde und ihre Hülfswissenschaften von R. M. Rohatzsch. Num.

B. Chem. Beiträge zur physiologischen und pathologischen Chemie und Mikroskopie in ihrer Anwendung auf die praktische Medicin, von F. Simon Hft.

C. B. Medicinisches Correspondenzblatt baierischer Ärzte. Num.

C. Rh. Medicinisches Correspondenzblatt rheinischer und westphälischer Ärzte. Num.

C. W. Medicinisches Correspondenzblatt des Würtembergischen ärztlichen Vereins, von J. F. Blumhart, G. Duvernoy und A. Seeger. Num.

Czg. Allgemeine medicinische Central-Zeitung von J. J. Sachs. Num.

E. Encyclographie des sciences médicales. Bruxelles. Hft.

G. Gazette médicale de Paris. Num.

G. H. La Lancette française, Gazette des hôpitaux civils et militaires. Num.

G. L. London medical Gazette. Num.

Hr. Guy's hospital Reports, edited by G. H. Barlow etc. Hft.

Hyg. Hygea, Zeitschrift besonders für rationell-specifische Heilkunst, von L. Griesselich. Hft.

J. Journal der praktischen Heilkunde von C. W. Hufeland, fortgesetzt von F. Busse. Hft.

J. Ch. Journal für Chirurgie und Augenheilkunde von Ph. von Walther und F. A. von Ammon. Neue Folge. Hft.

J. Kdk. Journal für Kinderkrankheiten, herausgegeben von Fr. J. Behrend und A. Hildebrand. Hft.

Jb. C. Ch. Schmidt's Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medicin. Redigirt von A. Goeschen. Hft.

Jb. Nass. Medicinische Jahrbücher des Herzogthums Nassau. Hft.

Jb. Ö. Medicinische Jahrbücher des k. k. österreichischen Staates von J. N. Ritter von Raimann und A. Edlen von Rosas. Hft.

Jbr. Jahresbericht über die Fortschritte der gesammten Medicin in allen Ländern von C. Canstatt. Hft.

M. Rust's Magazin für die gesammte Heilkunde. Hft.

M. St. Magazin für die Staatsarzneikunde. Herausgegeben von den Bezirks und Gerichtsärzten des Königreiches Sachsen, redigirt durch F. J. Siebenhaar. Hft.

N. Neue Notizen aus dem Gebiete der Natur- und Heilkunde von L. F. von Froriep und R. Froriep. Num.

R. Allgemeines Repertorium der gesammten deutschen medicinisch-chirurgischen Journalistik, von H. W. Neumeister. Hft.

R. Ph. Repertorium für Anatomie und Physiologie, von G. Valentin. Hft.

R. Phm. Repertorium für die Pharmacie von Buchner. Hft.

V. Verhandlungen der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien. Hft.

Vj. Medicinische Vierteljahrschrift. Archiv für physiologische Heilkunde von W. Roser und C. A. Wunderlich. Hft.

Vj. Prag. Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, herausgegeben von der medicinischen Facultät in Prag. Hft.

W. Wochenschrift für die gesammte Heilkunde von Casper. Num.

W. Ö. Österreichische Wochenschrift von J. N Ritter von Raimann und A. Edlen von Rosas. Num.

Z. Zeitschrift für rationelle Medicin von J. Henle und C. Pfeufer. Hft.

Z. Ausl. Zeitschrift für die gesammte Medicin, mit besonderer Rücksicht auf Hospitalpraxis und ausländische Literatur, von F. W. Oppenheim. Hft.

Z. Gb. Neue Zeitschrift für Geburtskunde von D. W. H. Busch, J. von d' Outrepont, F. A. von Ritgen und F. C. J. von Siebold. Hft.

Z. Phr. Zeitschrift für Phrenologie, unter Mitwirkung vieler Gelehrten herausgegeben von G. von Struve und E. Hirschfeld. Hft.

Z. Ps. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch - gerichtliche Medicin, herausgegeben von Deutschlands Irrenärzten in Verbindung mit Gerichtsärzten und Criminalärzten, unter der Redaction von Damerow, Flemming und Roller. Hft.

Z. St. Zeitschrift für die Staatsarzneikunde, von A. Henke. Hft.

Zg. Neue medicinisch-chirurgische Zeitung, von L. Ditterich. Num.

Zg. Mil. Allgemeine Zeitung für Militär-Ärzte von H. Klencke und E. Helmbrecht. Num.

Zg. Pr. Medicinische Zeitung, herausgegeben von dem Vereine für Heilkunde in Preussen. Num.

Zg. Russ. Medicinische Zeitung Russlands, redigirt und herausgegeben von M. Heine, R. Krebel und H. Thielmann in St. Petersburg. Num.

I. G. J. Mulder, über den Werth und die Bedeutung der Naturwissenschaften für die Medicin. Eine Rede aus d. Holland. übersetzt von J. Moleschott. Heidelberg 1844. 8.

II. G. Zimmermann, zur Analysis und Synthesis der pseudoplastischen Processe im Allgemeinen, und im Besonderen. Berlin 1844. 8.

III. K F. H. Marx, über die Abnahme der Krankheiten durch die Zunahme der Civilisation. Göttingen 1844. 4.

IV. J. F. Sobernheim, Handbuch der praktischen Heilmittellehre 2ter specieller Theil. 5te Aufl. Berlin 1844. 4.

V. L. J. de Jongh, die drei Sorten des Leberthrans in chemischer und therapeutischer Beziehung vergleichend untersucht. Aus dem Latein. übersetzt und mit Zusätzen vermehrt. Leipzig 1844. 8.

VI. L. Fleckles, Karlsbad mit besonderer Rücksicht auf seine neueren Heilanstalten, die Versendung des Schlossbrunnens und den Gebrauch seiner Heilquellen im Winter dargestellt. Leipzig 1844. 8.

VII. S. B. Lucka, der Kreuzbrunnen und seine Heilwirkungen. Eine Monographie. Prag 1844. 8.

VIII. Dr. Palliardi, die Mineralmoorbäder von Franzensbad. 2. Aufl. Leipzig 1844. 8.

IX. Müller, das Püllnaer Bitterwasser in kurzer Übersicht. Wien 1844. 8.

X. R. Grienwald, Pierawart und seine Mineralquellen in Österreich unter der Enns, für Ärzte und Curgäste. Wien 1844. 8.

XI. C. Rokitansky, Handbuch der pathologischen Anatomie. Bd. 2. Lief. 3. 4. Wien 1844. 8.

XII. Cruveilhier, Anatomie pathologique. Livr. 37. Paris 1844.

XIII. J. W. Arnold, über die Verrichtungen der Wurzeln der Rückenmarksnerven, physiologische und pathologische Untersuchungen zur Würdigung der Bell'schen Lehre. Heidelberg 1844. 8.

XIV. Foville, Traité complet de l' anatomie, de la physiologie et de la

pathologie du système nerveux cérébro-spinal. Partie I. Paris 1844. 8. Nebst Atlas. 4⁰.

XV. J. Lalič, Heilmethode gegen die Hundswuth (Hydrophobie) bei Menschen und Thieren, sowie auch gegen den Biss giftiger Schlangen. Wien 1844. 8.

XVI. Th. Hodgkin, die Krankheiten der serösen und mucösen Häute mit Rücksicht auf die neuesten Erfahrungen und Ansichten, anatomisch-pathologisch dargestellt in einer Reihe von Vorlesungen, gehalten an Guys Hospital in London. Leipzig 1844. 8.

XVII. P. J. Horaczek, die gallige Dyskrasie (Icterus) mit acuter gelber Atrophie der Leber. 2. Aufl. Wien 1844. 8.

XVIII. E. F. Gurlt und C. H. Hertwig, vergleichende Untersuchungen über die Haut des Menschen und der Haus-Säugethiere, und über die Krätz- und Räudemilben. Mit 2 Kupft. 2. verm. Aufl. Berlin 1844. 8.

XIX. C. Schenk, die Blattern in allen ihren Beziehungen. Ein Beitrag zur Abwehr des Wiedereintrittes der Blatternnoth der Vorzeit und zur gänzlichen Vertilgung der Blattern. Nach den besten Quellen bearbeitet. Quedlinburg und Leipzig 1844. 8.

XX. F. J. Behrend, Syphilidologie, oder die neuesten Erfahrungen, Beobachtungen und Fortschritte des Inlandes und Auslandes über die Erkenntniss und Behandlung der venerischen Krankheiten. Bd. 6. Hft. 1. Leipzig 1844. 8.

XXI. Civiale, die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane praktisch dargestellt. Deutsch bearbeitet von S. Frankenberg und S. Landmann. Bd. 3. Leipzig 1844. 8.

XXII. M. A. Raciborski, de la puberté et de l' âge critique chez la femme au point de vue physiologique, hygiénique et médical, et de la ponte périodique chez la femme et les mammiferes. Paris 1844. 8.

XXIII. Lisfranc, chirurgische Klinik des Hospitals de la Pitié. Aus dem Franz. von Krupp. Leipzig 1844. 8.

XXIV. G. Höring, über den Sitz und die Natur des grauen Staares. Eine von der Redaction der Annales d' Oculistique in Brüssel gekrönte Preisschrift. Mit 1 Taf. Abbild. Heilbronn 1844. 8.

XXV. Jos. Müller, systematische Darstellung des Medicinal-Wesens in den deutsch-illyrischen, böhmisch-galizischen und italienischen Provinzen des österreichischen Kaiserstaates, nach authentischen Quellen bearbeitet. 2 Bände. Wien 1844. 8.

XXVI. M. Levy, Traité d' Hygiene publique et privée. Tome I. Paris 1844. 8.

XXVII. J. H. Schürmayer, gerichtlich-medicinische Klinik, oder praktischer Unterricht zur Untersuchung und Begutachtung gerichtlich-medicinischer Fälle. 1. Heft. Mit 1 Steindr. Taf. Karlsruhe 1844. 8.

Medicinalwesen, Personalien, Miscellen.

Zusammengestellt von Dr. *W. R. Weitenweber.*

Verordnungen.

Seit einiger Zeit sind wieder Fälle vorgekommen, wo Kranke vom Lande, ohne die mit Gub. Verord. vom 16. Octob. 1834 Z. 48550 angeordnete vorläufige Anfrage, von Seite der betreffenden Ämter *in das allg. Krankenhaus einbefördert werden*; wodurch es geschieht, dass oftmal unheilbare Leidende, deren Zurücksendung jedoch mit Gefahr für ihr Leben verbunden wäre, in das allgemeine Krankenhaus dennoch aufgenommen werden müssen, dadurch aber bei dem grossen Andrange von Kranken in die Prager Heilanstalt und bei deren beschränkten Raumverhältnissen die Aufnahme solcher Kranken, welche der Spitalspflege wirklich bedürfen, unmöglich gemacht wird. Zur thunlichsten Begegnung dieser Unzukömmlichkeit werden sämmtliche Kreisämter angewiesen, den Ämtern und Magistraten die genaueste Befolgung der eben erwähnten Gub. Verordnung wiederholt in Erinnerung zu bringen. (Gub. Verord. v. 22. Februar 1844 Z. 9904.)

Zu Folge k. k. Hofkanzleidecrets v. 8. Febr. l. J. werden 1) das vom k. k. Hofkriegsrathe an sämmtliche Länder- und Gränz-Generalcommanden zur Richtschnur hinausgegebene Circular v. 5. Decemb. 1828 Z. 4750 und 2) die hierauf gefolgten Erläuterungen v. 14. Sept. 1832 Z. 3784 u. 3785, die *Behandlung der Rechnungen und Conten über die von Civilärzten, Wundärzten und Apothekern dem k. k. Militär geschehenen Leistungen betreffend,* mittelst Gub. Verord. v. 22. März 1844 Z. 15978 mit dem Beisatze kundgemacht, dass diesen Bestimmungen auch von Seite der Civilärzte, Civilwundärzte und Apotheker in vorkommenden Fällen Folge zu geben sei.

ad 1. *Circular.* Zur Vermeidung der Schreiberei bei der Hofkriegsbuchhaltung, und insbesondere um das Liquidationsgeschäft bei der Censursabtheilung dieser Hofbuchhaltung im Medicamenten-Rechnungsfache zu vereinfachen, findet der Hofkriegsrath in Absicht auf die Rechnungen und Conten über die von Civilärzten, Civilwundärzten und Civilapothekern an das Militär geschehenen Leistungen Folgendes allgemein anzuordnen: 1. Alle derlei Rechnungen und Conten ohne Unterschied sind bei ihrem Einlangen an die Generalcommanden vor Allem dem dirigirenden Stabsarzte zuzustellen. 2. Von diesen Rechnungen und Conten sind diejenigen, welche im Ganzen den Betrag von 30 fl. C. M. nicht übersteigen, gleich vom dirigirenden Stabsarzte nach den von der Hofkriegsbuchhaltung zu diesem Behufe in der folgenden Belehrung zusammengestellten Grundsätzen, welche sie bei den bisherigen diesfälligen Liquidationen befolgt hat, — definitiv zu liquidiren; diejenigen aber, welche den Betrag von 30 fl. C. M. übersteigen oder von einer Provincial-Staatsbuchhaltung oder von einem Kreisphysikus schon adjustirt sind, in scientifischer Hinsicht genau zu prüfen und mit seinen etwaigen Bemerkungen oder im entgegengesetzten Falle blos mit seinem Vidi abzufertigen. 3. Von den Generalcommanden ist den auf diese Art von den dirigirenden Stabsärzten zurückzuleitenden Rechnungen die Folge zu geben, dass sie

diejenigen, welche von dem dirigirenden Stabsarzte, von einem Kreisphysikus oder von der Prov. Staatsbuchhaltung schon förmlich liquidirt sind, gleich unmittelbar bei der nächsten unterstehenden Kriegskasse zahlbar anweisen, und dass diese Kriegskasse die diesfälligen Auslagen gegen die einzuziehende vorschriftsmässige Quittung auf ärztliche Hülfeleistung und Medicamenten-Verabreichung durch das Civile mit Benennung aller der Militärkörper, welche die geschehene Leistung betrifft, und mit Zulegung der liquidirten Rechnung und aller ihrer Documente verausgebe. 4. Nur die von einem Kreisphysikus oder von der Prov. Staatsbuchhaltung noch nicht liquidirten derlei Rechnungen, wenn sie den Betrag von 30 fl. C. M. im Ganzen übersteigen, sind hiernach künftig, jedoch immer mit dem schon beigerückten Prüfungsbefunde von Seite des dirig. Stabsarztes, von den Generalcommanden mittelst Indorsats an die Hofkriegsbuchhaltung zur Liquidation noch vor der Zahlungsanweisung zu befördern. Nichts desto weniger müssen aber auch die nach den, wie gesagt, durch die Civilbehörden oder durch den dirig. Stabsarzt vollzogenen Liquidationen bereits bezahlten und mit den Kriegskassa-Journalen an die Hofkriegsbuchhaltung gelangenden diesfälligen Rechnungen dort, so wie alle Reiseparticularien superrevidirt und auf die ganz gleiche Weise mit diesen behandelt werden. 5. Über die von den Civilärzten, Civilwundärzten und Civilapothekern bei den Militärgränzcordons, bei einzelnen kleinen Truppen-Detachements oder bei jenen kleineren Militärkörpern, bei welchen keine Feldärzte angestellt, dann für Pferde-Arzneien und Curen bestrittene Kosten und geschehene Leistungen sind monatlich oder, wenn es die hülfeleistenden Parteien vorziehen, wenigstens vierteljährig die documentirten Rechnungen an die Generalcommanden einzureichen; nie aber ist es den Körpern gestattet, solche Auslagen gleich in ihrer Verpflegsrechnung sich zur Gebühr zu stellen oder in die Verordnung zu bringen, sondern dieselben müssen hierüber immer zuvörderst die Liquidation auf die eben vorgezeichnete Art ansuchen. Mit diesen Rechnungen wird dann nach der Gattung ihres Inhaltes eben so vorzugehen sein, wie es in den vorstehenden 4 Punkten angeordnet worden ist. 6. Alle Militärbehörden endlich haben es sich besonders angelegen sein zu lassen, die Berichtigung der Forderungen für die in Rede stehenden Hülfsleistungen zu befördern und so schleunig als möglich herbeizuführen.

Belehrung, wie sich bei der Liquidirung der von den Civilärzten und Wundärzten einzureichenden Conten hinsichtlich ihrer Verrichtungen zu benehmen ist.

I. Gänge. Für einen Gang im Wohnorte oder in einer Enfernung von einer halben Stunde kann der Wundarzt aufrechnen . . . . — 10 kr.

II. Diäten sammt Fahrkosten:

für einen Weg über ½ — 1 Stunde incl. gebühren demselben .	fl.	32	„
„ „ „ „ 1 — 2 „ „ „ „ .	— „	48	„
„ „ „ „ 2 — 4 „ „ „ „ .	1 „	36	„
„ „ „ „ 4 — „ „ „ „ .	3 „	12	„

Anmerk. Wenn ein Arzt in einem Orte mehrere Kranke an einem Tage und auf demselben Wege zu besuchen hat, so ist nur der Gang zu einem Kranken nach der ganzen Taxe, die Gänge in die Wohnungen der übrigen sind nur zu 10 kr. aufzurechnen; wenn ferner der Kranke oder Marode zum Arzte selbst geht oder gehen kann, so darf der Arzt für die Ordination nur 6 kr. aufrechnen.

III. Operationen:

für einen Aderlass wurde dem Wundarzte bewilligt . . . . fl. — 12 kr.

für die Ausziehung eines Zahnes wurde dem Wundarzte bewilligt		12 kr.
„ „ Application eines Klystirs ohne Ingredientien		8 „
„ „ „ „ Blutegels (richtet sich nach den Landesverordnungen)		
„ „ „ einiger Stücke Seidelbast	fl.	15 „
„ „ „ eines Blasenpflasters ohne Ingredientien	„	10 „
„ „ „ „ „ mit „	„	20 „
„ „ „ „ blutigen Schröpfkopfes	„	12 „
„ „ „ „ trockenen „	„	6 „
„ „ „ „ Haarseiles	„	24 „
„ „ „ des Katheters	„	30 „
„ „ „ eines Fontanells ohne Zugmittel	„	16 „
„ eine Einspritzung ohne Ingredientien	„	10 „
„ „ Eröffnung eines Abscesses, einer Drüsengeschwulst etc.	„	16 „
„ den Verband eines Geschwüres	„	6 „
„ die Einrichtung eines Beinbruches	2	— „
„ „ „ einer Verrenkung	1	36 „
„ den jedesmaligen Verband bei einem Beinbruche oder Verrenkung	„	10 „
„ die Einrichtung eines Leistenbruches	1	— „

Insbesondere ist aber noch zu beachten: *a*) ob der vorgekommene Kranke der obgewalteten Krankheit nicht entweder sogleich, oder doch nach vorübergegangener Gefahr in ein Militärspital hätte gebracht werden können; in welchem Falle sogleich und ohne die Liquidirung des Aufwandes, wenn derselbe erheblich wäre, vorzunehmen, den hieran Schuldtragenden zur Verantwortung ziehen zu lassen und die erhobenen Umstände höheren Orts zur Entscheidung anzuzeigen wäre. *b*) Ob die verordneten und aufgerechneten Arzneien der angegebenen Krankheit ganz angemessen sind. *c*) Ob der Heilzweck nicht auch mit minder kostspieligen Arzneien hätte erreicht werden können. *d*) Ob nicht zu viele Gänge aufgerechnet wurden und überhaupt mehrere Zwecke, als Visitirungen mit einem Gange vereint, hätten verrichtet werden können. *e*) Ob die verordneten und verabreichten Arzneien erwiesen, dann überhaupt taxmässig oder nach den bestehenden Contracten genau berechnet sind. — In allen diesen Fällen ist bei der Liquidirung der angemessene Abzug sogleich zu bewirken; bei der ersten vorkommenden Gelegenheit dem Aufrechner die nachdrückliche Ausstellung zu machen und derselbe überhaupt in die Gränzen der Billigkeit zu weisen, wodurch viele Schreiberei erspart werden kann. — Bei der Aufrechnung der Wundärzte ist sich nicht so ganz streng an die Civil-Medicamententaxe zu halten, weil von denselben, da sie ihren Arzneibedarf grösstentheils aus den Civilapotheken beziehen, billigermassen die Einhaltung dieser Taxe nicht immer gefordert, daher denselben auch wohl öfter nach Umständen einige, jedoch höchstens eine Aufgabe bis 25 Proc. für Regiekosten gestattet werden kann.

ad *II.* Hofkriegsräthliche Circularverordnung vom 14. Sept. 1832 Z. 3784 et 3785. Zur Vervollständigung mehrerer Bestimmungen der Normalvorschrift v. 5. Decemb. 1828 Z. 4750 findet der Hofkriegsrath Folgendes nachzutragen: 1) In der Regel sind künftighin die gedachten Rechnungen und Conten nur alle halbe Jahre von dem betreffenden Truppenkörper mittelst Consignation an das vorgesetzte Generalcommando einzusenden. 2) Eine Ausnahme hiervon darf nur dann eintreten, wenn es sich um die Berichtigung der Arzneien und Heilungskosten für Leute handelt, welche in Executions- oder Urlaubsfällen vom Civile ausser einem Civilspitale behandelt werden. Rücksichtlich solcher Leute kann die frag-

liche Vergütung gleich bei jedem einzelnen Falle besonders angesprochen, und wenn die Adjustirung durch eine Prov. Staatsbuchhaltung oder einen Kreisphysikus bereits erfolgt ist, die Zahlung ohne Rücksicht des Betrages und ohne vorherige stabsärztliche Vidirung sogleich bei der Kriegscasse angewiesen werden. 3) Da, wo der dirig. Stabsarzt die Liquidirung vornimmt, ist die betreffende Rechnung auch gleich von seiner Seite mit der Liquidationsclausel zu versehen; die Liquidirung des dirig. Stabsarztes hat sich indessen von nun an streng auf das, was die Heilkosten der Mannschaft betrifft, zu beschränken, mithin sich nicht mehr auf jene Heilkosten zu erstrecken, welche auf Pferde Bezug nehmen; die Prüfung und Liquidirung dieser Heilkosten findet man für die Zukunft ausschliessend der Hofkriegsbuchhaltung vorbehalten. 4) Die Belehrung, welche mit dem Rescripte vom 5. Decemb. 1828 rücksichtlich der Liquidirung der Conten über ärztliche Verrichtungen ertheilt wurde, gilt ebenso für die Leistungen der Civilärzte, welche Doctoren der Medicin sind, als für Leistungen der Wundärzte. 5) Wenn der Civilarzt oder Wundarzt in Spitalsanstalten, Marodezimmern u. s. w. mehrere Militärkranke zugleich behandelt, so werden demselben an Honorar für die Behandlung eines jeden Kranken oder Unpässlichen täglich 6 kr. C. M. mit der Beschränkung bewilliget, dass die tägliche Summe des Honorars das nach dem Diätennormale gebührende Taggeld niemals übersteigen dürfe. Die Truppenkörper sind daher verantwortlich, dass Civilärzte und Wundärzte nicht ohne wirkliche Nothwendigkeit für solche Dienstleistungen in Militärspitalsanstalten beigezogen werden; sie haben in eintretendem Falle die bestandene Nothwendigkeit bei der Anforderung zur Liquidirung der ärztlichen Conten genau auszuweisen. 6) Zur Behebung der liquiden Forderungen der in Rede stehenden Ärzte und Apotheker aus der Kriegscasse müssen stets die Percipienten-Quittungen beigebracht werden. — Im Übrigen behalten die, mit dem Rescripte vom 5. Decemb. 1828 hinausgegebenen Grundsätze, in so weit sie durch die gegenwärtigen Bestimmungen nicht aufgehoben oder modificirt sind, volle Wirksamkeit (Gub. Verord. v. 22. März 1844 Z. 15798).

Se. k. k. Majestät haben mit allerh. Entschliessung vom 18. Mai l. J. zu bestimmen geruht, dass vor der Hand, und bis über den höchsten Orts unverzüglich vorzulegenden Plan eines verbesserten medicinisch-chirurgischen Studiums entschieden sein wird, der Vortrag über pathologische Anatomie als *obligaten Lehrgegenstand* an der Wiener Universität eingeführt werde. Dem Professor dieses Lehrfaches wird ein Jahrgehalt von 2000 fl. bewilligt und die betreffende Lehrkanzel dem Dr. Karl Rokitansky verliehen. Auch werden unter Einem die von der Studienhofcommission für die Ertheilung dieses Unterrichtes vorgeschlagenen Modalitäten, deren definitive Festsetzung mit der Ausdehnung auf die übrigen Universitäten ersten Ranges, dem allgemeinen medicinisch-chirurgischen Studienplane vorbehalten ist, *provisorisch* genehmigt und anbefohlen, dass dieser Lehrgegenstand in *die Zahl der Rigorosen-Prüfungen aufzunehmen sei.* Über die Art, wie dies zu geschehen habe und welche Bestimmung diesfalls in Absicht auf den Bezug von Taxen zu treffen sei, wird a. h. Orts das Gutachten der Studienhofcommission erwartet.

Den künftig zu ertheilenden ordentlichen öffentlichen Unterricht über pathologische Anatomie an der Wiener Hochschule haben Se. Maj. mit allerhöchster Entschliessung vom 18. Mai l. J. unter nachstehenden Modalitäten allergnädigst zu genehmigen geruht: 1) Die Vorträge über path. Anatomie sollen einen ganzen Jahrcurs hindurch und zwar fünfmal die Woche gehalten werden. 2) Die einzelnen Vor-

lesestunden sollen grösseren Theils dem geregelt fortschreitenden demonstrativen Unterrichte, nebstdem aber auch der Demonstration der verschiedenen, bei den täglichen pathologischen und gerichtlichen Sectionen aufgefundenen Anomalien (gleichsam einem Practicum) gewidmet sein. 3) Ausserdem wird den Schülern eine Anleitung zur kunstgemässen Obduction, zur Stellung der Diagnose aus einem Gesammtbefunde und zur kunstgemässen Zubereitung und Darstellung erkrankter Gebilde von dem Professor unter Mitwirkung des Assistenten in Abtheilungen, und zwar jeder derselben zwei Monate, dreimal in der Woche zu ertheilen sein. 4) Diese Vorträge sind in dem vierten medic. Jahrgange abzuhalten und den obligaten Gegenständen dieses Jahrganges einzuverleiben. 5) Die Bestimmung der Tagesstunden und des Locales für diese Vorträge ist den Verhältnissen gemäss zu treffen, so wie als Handbuch bei diesen Vorträgen das von Prof. Rokitansky in Druck gelegte Handbuch der pathologischen Anatomie benützt werden kann.

Personalnotizen.

Inland.

Anstellungen, Beförderungen, Ehrenbezeigungen.

Se. k. k. Majestät haben den Prof. an der Josephs-Akademie zu Wien, Dr. Karl Heidler in seinem Amte, womit auch Titel und Rang eines k. k. Rathes und Stabsfeldarztes verbunden ist, bestätigt. Dr. Dumreicher von Österreicher in Wien wurde zum akademischen Docenten der Chirurgie, so wie Dr. Heider zum akademischen Docenten der Zahnheilkunde, Dr. Joseph Kainzbauer zum Docenten der Pharmacie und Pharmakognosie, Regimentsarzt Dr. Aug. Sinmayer zum Garnisonsstabsarzte zu Mantua ernannt; Dr. Johann Pillwax in Wien erhielt die Stelle eines Correpetitors am dortigen Thierarzneiinstitute; Dr. Wisshaupt in Prag wurde Assistent bei der medic. Klinik für Ärzte, die DD. Hugo Bayer und Jakob Fischel wurden besoldete Secundärärzte im Prager allgemeinen Krankenhause. Dr. J. Grossmann in Wien erhielt die grosse goldene Civilehrenmedaille sammt Kette. Ferner sind zu k. k. Regimentsärzten befördert worden die Oberfeldärzte: DD. Oswald Bleyle, Anton Neumann, Franz Weber, Simon Hirsch, Jacob Löbenstein, Sebastian Deschauer, Johann Krautschneider, Joseph Wolf, Peregrin Kriner und Ignaz Buberl. Diplome als Mitglieder erhielten: Dr. Barach in Lemberg von der Naturforschergesellschaft zu Jassy; Dr. Ignaz Cantu in Mailand von der Societ. columbaria di Fiorenze und von der Acad. degli Ardenti di Viterbo; Brunnenarzt Dr. P. Cartellieri in Franzensbad von der medic-phys. Soc. zu Erlangen; Prof. St. Endlicher in Wien von d. Linneschen Ges. zu London, und von d. amerik. philosoph. Ges. zu Philadelphia; Dr. Ed. Fenzl von der oberlaus. Ges. d. Wiss. zu Görlitz, der k. russ. Gartenbauges., der naturf. Ges. zu Moskau, und der kais. Carolinisch-Leop. Akademie zu Breslau; Prof. J. A. Giacomini in Padua von der medic.-chir. Ges. zu Turin, von der medic. Gesellschaft zu Athen, von der Akad. Valdarnese u. von d. ökonom. Ges. zu Perugia; Dr. Girelli in Brescia von der medic.-chir. Akad. zu Turin; Dr. Paul Horaczek von der naturf. Ges. zu Halle und von der medic.-chir. Ges. zu Brügge; Dr. und Prof. Hruschauer in Grätz von der medic.-phys. Soc. zu Erlangen; Prof. Dr. Helm in Padua von d. medic. Ges. zu Turin; Dr. Ludw. Marieni in Mailand von der medic.-chir. Akad. zu Bologna; Dr. Leop. Herzig in Marienbad von der k. preuss. Akad. d. Wiss. zu Erfurt, Kreisphys. Dr. Jos. Müller in Prag von d. medic. Ges. zu Leipzig und von der naturf. Ges. des Osterlandes zu Alten-

burg; Dr. Aug. Quastalla in Triest von d. Acad. labronica zu Livorno, und von der Akad. der Wiss. u. Künste in Lucca, und von der k. Gesell. zu Lille; Prof. Dr. Kömm in Grätz von d. medic. Ges. zu Leipzig; Dr. David Wachtel in Temesvar von d. med.-philos. Ges. zu Würzburg.

Todesfälle.

Der k. k. Protomedicus in Agram Dr. Joh. Daubach von Dolye; in Wien Dr. Wenzel Hegnal, 23 Jahre alt; Dr. C. Marquet, prakt. Arzt in Wien, 60 J. alt; ebendas. Dr. Vinz. Müller, ehemal. Polizeibezirksarzt, 70 J. alt; in Linz der Prof. der Geburtsh. Dr. Joseph Hinterberger, im 49. J. am Zehrfieber; Alois Schmidt, pens. Oberarzt in Wien, 52 J. alt; am 15. Juli Dr. Joh. Seikora in Prag, 28 J. alt, an Gedärmentzündung, und am 26. Juli Dr. Karl Mitterbacher aus Karlsbad, 46 J. alt, an Hirnlähmung; Jos. Städisch in Wien; in Triest der k. k. Protomed. Dr. Johann Weber in der Blüthe des Mannesalters.

Ausland.

Anstellungen, Beförderungen, Ehrenbezeigungen.

Director Dr. Adelmann und Dr. Jos. Schneider in Fulda wurden zu geh. Medicinalräthen; Sanitätsrath Dr. Schmidt aus Paderborn zum dirigirenden Arzte der geburtshülfl. und syphilid. Klinik im Charité - Krankenhause und zum ausserord. Prof. an der medic. Facultät zu Berlin mit der Beilegung des Charakters eines geh. Medicinalrathes ernannt. Dr. Berg zu Langenburg wurde Oberamtsarzt zu Gerabronn; der geh. Rath und k. Leibwundarzt Dr. Ph. von Walther in München wurde zum Leibarzte des Königs von Baiern ernannt und der k. Leibarzt extra statum Dr. Ludw. Feder ist in den status eingerückt. Dem Bad-Physicus Dr. Hergt in Überlingen und dem Phys. Dr. Marten in Staufen ist der Charakter als Medicinalrath verliehen worden; ebenso wurden Dr. Ag. Busch und Dr. H. Scholvin in Sct. Petersburg, Dr. Langenikel in Glatz zu Staatsräthen, Dr. Ad. Struve in Charkow zum Collegienrath, Dr. Gedicke in Berlin zum Assessor des k. Medicinalcollegiums der Provinz Brandenburg ernannt. Dr. Petrequin in Lyon erhielt die Stelle eines Chirurgien en chef im Hôtel dieu daselbst. — Dr. A. Kölliker, bish. Prosector in Zürch, Dr. J. Engel, Prosector in Wien und Prof. Dr. Hasse in Leipzig sind vom Erziehungsrathe in Zürch zu Professoren der med. Facultät ernannt worden und haben auch zugestimmt. Dr. Gregory ist zum Prof. der Chemie in Edinburgh befördert worden. Geheimer Rath Prof. Chelius in Heidelberg erhielt das Ritterkreutz des Ordens der würtemberg. Krone; Prof. Dr. Forget in Strassburg, Dr. Caizergue, Senior der medic. Facultät in Montpellier, Dr. Laurent in Bordeaux, Prof. René in Montpellier, und Dr. Rousset, Arzt am k. Taubstummeninstitute zu Paris das Ritterkreutz der Ehrenlegion; der hannov. Stabsmedicus Dr. Grosskopf das Ernst-Augustkreutz für 50jährige Dienste; der russ. Stabsarzt Hofr. Jarotzki den Stanislausorden zweiter Kl., Regimentsarzt Dr. Seidler den rothen Adler Orden dritter Kl. mit der Schleife; Generalstabsarzt Dr. Spangenberg das Commandeurkreutz des hannov. Quelphenord. II. Klasse; Kreisphys. Dr. Strauch zu Landshut und Director Dr. Theyssin den roth. Adlerord. IV. Kl. — Der ärztliche Verein zu Hamburg hat erwählt: *a*) zu Ehrenmitgliedern

die Herren: geh. Hofr. C. H. E. Bischoff in Bonn, Hofr. G. P. Holscher in Hannover, wirkl. Etatsrath Callisen in Altona, Staatsrath v. Döpp, Prof. Eichwald, Prof. J. R. Lichtenstädt, Collegienrath Alex. v. Postels, Prof. C. Salomon, und Staatsrath Weisse in St. Petersburg; Generalstabsarzt v. Witt daselbst, Prof. C. H. Ehrmann und Prof. V. Stöber in Strassburg, Prof. C. Mulder in Gröningen, Prof. A. G. Sommer in Kopenhagen, Prof. Kaj. Textor in Würzburg; *b*) zu corresp. Mitgliedern die Herren: Prof. V. P. van der Broeck in Mons, C. Bröcks in Antwerpen, Duparc in Leenwarden, L. A. Cohen in Gröningen, Dieudonné in Brüssel, W. Horn in Erfurt, Prof. Lindermayer in Athen, H. Lode in Berlin, H. Maunsell in Dublin, Rich. Middlenore in Birmingham, v. Meyer in Brügge, Stadtph. E. Pank und Prof. G. F. Adelmann in Dorpat, J. E. Petrequin in Lyon, Stabsarzt J. G. P. Trusen in Posen, F. Pauli in Landau, Kreisphys. C. Weese in Thorn. Dr. Brodie in London wurde corresp. Mitglied der Pariser Akademie.

Todesfälle.

Dr. Ludw. Arnold in Heidelberg, 31 J. alt; Edw. Barlow in Bath und Dr. Baughan Bort, Präsid. des Colleg. roy. of Physiciens und k. Leibarzt in London; der berühmte ehemalige Marinearzt Dr. Cailliot (Vater) in Strassburg, 69 J. alt; Dr. C. A. Dähne in Leipzig, 75 J. alt; Sir H. Halford, k. Leibarzt in London; Geh. Medicinalrath und Director Kluge in Berlin; Prof. Lor. Martini in Turin, 56 J. alt; in Lund Prof. der Geburtshülfe Dr. Fried. Liljewalch, 74 J. alt; Kreisphys. Strecker in Dingelstedt; Dr. v. Tribolet in München; Staatsrath von Trinius in Sct. Petersburg, 66 J. alt.; in Paris Dr. West in der Nacht vom 6. auf den 7. Febr. durch Selbstöffnen der Schenkelarterie; Kreisphys. Wilke in Willstock; Hofrath Dr. Oppert in Berlin.

Preisaufgaben.

I. Der *ärztliche Verein* zu *Hamburg* hat in seiner Generalversammlung vom 13. Febr. l. J. beschlossen, folgende Preisfragen zur öffentlichen Bewerbung aufzustellen:

1) Ist die unter dem Namen Morbus Brighti bekannte Krankheit eine von den früheren Nierenkrankheiten verschiedene selbständige Krankheitsform? Welches ist in diesem Falle das Wesen und welche sind die charakteristischen anatomischen Merkmale derselben? Wie stellt sich nach den bis jetzt bekannten Thatsachen die anatomische Geschichte derselben dar und durch welche Zeichen verräth sie sich während des Lebens? Ist sie ferner ein primäres Nierenleiden oder in einer specifischen Blutveränderung begründet? Tritt sie in wesentlich verschiedenen Formen auf? In welchem Verhältnisse steht sie zu den verschiedenen Arten der acuten und chronischen Wassersucht? Welche Heilanzeigen ergeben sich für diese Krankheit nach Theorie und Erfahrung, und durch welche Mittel wird diesen am zweckmässigsten entsprochen? Der Abhandlung müssen nicht allein fremde, sondern auch und vorzugsweise eigene Erfahrungen zu Grunde gelegt werden. — Für die Beantwortung dieser Frage, welche der freien Concurrenz aller Ärzte jedes Landes eröffnet ist, ist ein Termin bis letzten October 1845 bestimmt, der vom Tage der Bekanntmachung dieser Aufgabe be-

ginnt. Der Preis für die genügende und beste Beantwortung derselben ist auf 20 Ducaten festgesetzt; für die nächste beste wird ein Accessit von 5 Ducaten ertheilt werden.

2) Eine Schulhygiene für Hamburg: Es wird zu diesem Zwecke gewünscht, eine Darstellung der öffentlichen Volksschulen Hamburgs, wie sie sind, verglichen mit ihren Zuständen in anderen Staaten. Beurtheilung aller Momente des gegebenen Volksunterrichtes, als da sind: der Localitäten, der Unterrichtsgegenstände, der Schuldisciplin, der Stundenzahl, wo möglich der verschiedenen Lehrmethoden nach physiologischen und pathologischen Grundsätzen unter nothwendiger Weise vorausgeschickter Entwickelung des Charakters des Kindes in leiblicher und geistiger Hinsicht. Entwurf eines den Ansprüchen der Schulhygiene genügenden Schulplanes nach seinen einzelnen Momenten. Man wünscht die kindliche Natur, die allgemeinen Klassen und Arten, in welchen sie sich mittheilt und eintheilen lässt, die fortschreitende Entwickelung der Begriffe und Gefühle und den Einfluss, den die Schule auf sie übt, am reiflichsten erwogen, indem sich aus der Natur des Kindes seine physische und psychische Behandlung durch den Unterricht sowohl als durch die Disciplin am leichtesten entnehmen lässt und auch die hygienischen Erfordernisse des Schulhauses daraus resultiren. — Diese zweite Aufgabe ist, weil sie vorzugsweise vaterstädtische Interessen behandeln soll, nur dem Concurse von Hamburger und Altonaer Ärzten, gleichviel ob Vereinsmitglieder oder nicht, frei. Die Concurrenzschriften müssen ebenfalls bis letzten October 1845 eingeliefert werden. Der Preis für die beste Abhandlung besteht in 10 Ducaten; der ihr am nächsten stehenden wird eine ehrenvolle öffentliche Erwähnung in dem Berichte über die Preisertheilung zu Theil werden.

Für beide Aufgaben gelten folgende Bestimmungen: 1. Die einzusendenden Abhandlungen müssen in der deutschen oder lateinischen Sprache abgefasst sein, ferner deutlich und nicht von der Hand des Verfassers geschrieben, so wie mit einem Motto versehen sein. Das Motto muss ebenfalls als Aufschrift eines versiegelten Zettels wiederholt sein, welcher den Namen und Wohnort des Verfassers enthält. 2. Vor Ablauf des Termins müssen die Abhandlungen, an den Secretär des Vereins abzugeben, an den ärztlichen Verein zu Hamburg portofrei eingesandt werden. 3. Die eingegangenen Preisschriften werden der Beurtheilung einer von der Generalversammlung des Vereines erwählten Commission, bestehend aus 5 Mitgliedern des Vereines, unterzogen werden, welche demnächst über die Ergebnisse ihrer Berathungen wieder an die Generalversammlung Bericht abstattet. Diese wird alsdann an dem Stiftungstage des Vereins, am 2. Januar 1846, über die Preisertheilung entscheiden. Nach Eröffnung der den gekrönten Abhandlungen beiliegenden Zettel werden die Namen der Verfasser bekannt gemacht. 4. Zu spät eingesandte Concurrenzschriften können nicht berücksichtiget werden. 5. Die Abhandlungen, denen kein Preis zu Theil geworden, können von den Verfassern, nach Angabe des Motto's, wieder zurückverlangt werden. 6. Das Resultat der Preisertheilung wird in der Hamburger Zeitschrift für die gesammte Medicin bekannt gemacht werden. 7. Den Autoren verbleibt das Eigenthumsrecht über ihre Arbeiten; indess wird verlangt, dass von jeder gekrönten Preisschrift eine Copie dem Archive des Vereins zugestellt werde.

Die Direction des ärztlichen Vereins in Hamburg.

II. Die *Société médico-pratique* zu *Paris* bestimmt zur Preisbewerbung: die Zusammenstellung des Ganges, der Ursachen und anatomischen Eigenschaften der hitzigen Meningitis und Enkephalitis. Hierbei sind die vorlaufenden und begleitenden Symptome aus einander zu setzen, um die positive oder unterscheidende Diagnose, den Sitz, das Wesen und die Ausbreitung der Verletzungen des Gehirnes und seiner Häute, so wie die Prognose aus ihnen zu bestimmen. Endlich ist ihr Werth zu schätzen; die Anzeige und die Anwendungsart der verschiedenen, durch die Erfahrung gegen diese gefährlichen Krankheitszustände erprobten Heilmittel sind genau anzugeben; mit einem Worte die Gesellschaft wünscht vor Allem semiologische Untersuchungen und die genaueste Bestimmung des Heilverfahrens. — Preis eine goldene Medaille im Werthe von 300 Franken. Termin bis 1. Jänner 1845. Die in üblicher akademischer Form gehaltenen Manuscripte sind an den Secrétaire générale Hrn. Dr. Lagasquie (Place l' Estrapade, 30) frankirt einzusenden.

III. Die medicinische Gesellschaft zu *Amsterdam* bestimmt folgende Preisaufgabe: Welche Veränderungen hat der allgemeine Krankheitscharakter in Holland seit 1790 erfahren? In welchen Beziehungen stehen diese Veränderungen zu den allgemeinen örtlichen Naturerscheinungen und zu den anderen Verhältnissen, zu der Lebensweise, den Sitten und Gebräuchen? — Preis eine Medaille, 40 Ducaten werth. Termin bis 1. December 1844. Einzusenden an den Präsidenten der Gesellschaft, Dr. van Rossém Amsterdam.

Bekanntmachung,

die 22. *Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte in Bremen betreffend.*

Zu der, in Folge des zu Grätz im September 1843 gefassten Beschlusses, vom 18.—26. Sept. dieses Jahres in Bremen zu haltenden 22. Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte erlauben sich die unterzeichneten Geschäftsführer, hiedurch alle Gelehrte und Freunde der Wissenschaften, des In- und Auslandes, ergebenst einzuladen. Die Theilnahme sowohl an den allgemeinen Versammlungen, als auch an den Sitzungen der einzelnen Sectionen steht jedem Freunde der Wissenschaften frei, während Stimmberechtigt nur jene Gelehrte sind, deren schriftstellerische Thätigkeit, abgesehen von einer etwa verfassten Inauguraldissertation, auf dem Gebiete des Wissens gewirkt hat. Auch die Unterzeichneten sehen sich genöthigt, von den früher üblich gewesenen speciellen Einladungen zu dieser Versammlung durchaus abzustehen, und ersuchen Alle, welche die Stadt Bremen bei dieser Veranlassung mit ihrem Besuche zu beehren gedenken, diese öffentliche Einladung als vollgültig anzuerkennen und ihre Absicht hierher zu kommen, so wie die Vorträge, welche sie zu halten wünschen, vor dem 1. Sept. den Geschäftsführern anzeigen zu wollen. Über nähere Bestimmungen und die getroffenen Einrichtungen wird im Monate August ein Programm veröffentlicht werden, und ergeht hiermit an alle verehrliche Redactionen von Zeitungen und Journalen die ergebene Bitte, durch Aufnahme dieser Einladung in ihre Spalten zur möglichsten Verbreitung derselben nach Kräften beizutragen.

Bremen den 15. Mai 1844.

Die Geschäftsführer der 22. Versammlung der deutschen Naturforscher und Ärzte:

Bürgermeister Smidt. G. W. Focke. Dr. med.

Sachregister

über die 4 Bände des I. Jahrganges dieser Vierteljahrschrift.

Anmerkung. Die röm. Ziffern bezeichnen den Band, die arabischen die Seite, der Beisatz O. bezieht sich auf die Originalaufsätze, sonst sind überall Analekten gemeint.

Abscess d. Bauchdecken, d. Beckens (s. d.), d. Schamlippen III. 111.
Abschuppung II. 121.
Acephalocysten III. 4.
Adelhaidsquelle II. 34, III. 29.
Aderlass b. Tobsucht I. 93.
Aether II. 21.
After (widernatürlicher) III. 250, IV. 196.
Akne III. 102.
Akonitvergiftung IV. 23.
Albuminurie, s. Bright'sche K.
Alkohol II. 18, 19.
Alopecie III. 109.
Amaurosis I. O. 78, I. 26, 107, 120, 216, II. 257, III. 269, IV. 110, 207.
Amblyopie IV. O. 58.
Amennorrhoee I. O. 78.
Ammonium II. 96, IV. 51, 53.
Amputation d. Eichel I. 184, d. Fusses II. 208, III. 239, d. Oberarms IV. 194, d. Oberschenkels III. 239, d. Unterschenkels I. 184.
Amputations-Methode v. Mayor II. 208.
Anaemie I. 56, II. 63, d. Kinder IV. 178.
Anasarka III. 95.
Aneurysma (Behandlung v. Brasdor) II. 210, aortae ascend. II. 76, art. basil. II. 91, a. brachialis III. 236, a. poplit. II. 211, III. 236, a. temporalis II. 211, der Herzklappen I. 63, orific. aortae I. 63.
Angina clericorum I. 90, laryngea, membranacea II. 181.
Anisodus luridus III. 16.
Ankylose (Oper.) II. 207, III. 239.
Ankylose d. Knies II. 207.
Anschoppung d. Gebärmutter III. 152, IV. 134.
Anschwellung d. Prostata I. 180, III. 138, d. Tonsillen III. 200, d. Gebärmutter, d. Leber, d. Milz (s. d.).
Ansteckung I. 2, 4.
Antimonvergiftung IV. 20.
Aorta (Obliteration) I. O. 41, I. 63.
Aortenkrankheiten I. 62, 63, II. 76.
Aphonie I. 90, 107.
Aphthen II. 105, III. 90.
Apoplexia, s. Gehirnschlagfluss, meningea II. 89.
Apozema vermifugum II. 31.
Aqua dentifricia (Prodhomme) I. 28, laurocer. I. 52, III. 269, IV. 29, odontalgica (O'Meara) I. 28.
Arnica montana IV. 181.
Arsenik-Ausmittlung IV. 214, -Dämpfe I. 50, 221, -Vergiftung I. 51, II. 52, III. 41, 283, IV. 214. -Wirkung I. 48.
Arterien-Entartung, atheromatöse, III. 70, -Entzündung II. 77, -Unterbindung (s. d.), -Verengerung, -Verschliessung II. 78, -Verletzung III. 221, -Zerreissung IV. 182.
Arteriotomie II. 210.
Arthrogryposis I. 152, III. 204.
Arthrokace I. 187.
Artischocke I. 61.
Ascites, s. Bauchwassersucht.
Asmannshausen III. 34.
Asphyxie I. 20, IV. 163.
Asthenopie III. 270.
Asthma II. 84, IV. 43, Koppii (thym.) I. 89 II. 86, IV. 177, Millari I. 89.

Athmen III. 71.
Atresia ani I. 186, II. 225, III. 242, IV. 170, ani et urethrae I. 186, urethrae II. 213, vaginae I. 123, IV. 195.
Auge, Accomodation II. 230, III. 256.
Augapfel-Verwundung II. 235, -Zerstörung II. 71.
Augenentzündung, chron. II. 238, innere III. 265, d. Neugeb. III. 265, scrof. II. 237, IV. 204, skorb. IV. 204.
Augenmuskel I. 188.
Ausflüsse, urethroprost. III. 137.
Ausschliessung v. Krankh. I. 5.

Baaden II. 42.
Bäder Englands I. 36, Kurhessens I. 35, Ungarns I. 34.
Balanitis III. 116.
Balanoposthitis II. 133.
Bandwurm I. 18, II. 29, 114, III. 93, IV. 12, 86.
Bauchaortenentzündung I. 62.
Bauchdeckenabscess II. 120, III. 218.
Bauchfell-Entzündung II. 151, -Tuberkeln II. 118, 170, 184.
Bauchwassersucht I. 25, 109, II. 26.
Bauchwunden IV. 182.
Becken, Racenverschiedenheit IV. 151.
Becken-Abscess III. 172, IV. 147, -Deformität IV. 151, -Messung IV. 164.
Beinbruch (im Allg.) I. 157, II. 194, 266, III. 223, IV. 185, d. Armspindel (radius) I. 161, II. 199, IV. 186, d. Ellenbogenb. (cubitus) II. 199, d. Fersenbeins I. 165, III. 230, d. Kniescheibe III. 225, d. Kopfknochen, s. Schädelbruch, d. Oberarms II. 185, 197, III 224, d. Schlüsselbeins I. 158, d. Oberschenkels II. 185, 201, III. 224, IV. 186, d. Oberschenkel-Halses II. 200, d. Unterschenkels II. 201, III. 230, IV. 186, d. Vorderarmknochen II. 198, III. 231, d. Wirbelsäule IV. 186.
Beinbruchschwebe III. 224.
Bell'scher Lehrsatz IV. 44.
Belladonna, Prophyl. III. 96, -Klystire I. 81, II. 122.
Benzoesäure II. 139, III. 144, 145.
Berg II. 34.
Bierhefe II. 67.
Bildungsfehler IV. 168.
Bilsenkrautvergiftung II. 56.
Bindehaut-Entzündung, scrof. II. 237, III. 265, IV. 204, n. Jodkalium II. 239, -Blennorrhoee acute I. 193, II. 236, d. Neugeb. I. 193, II. 235, -Sarkom II. 238, -Wucherungen II. 261.
Bingen II. 49.
Birmenstorf II. 37.
Bittermandelöl III. 270.
Blasenhernie etc., s. Harnblasen-Hern.
Blasen-Pflaster, fliegende IV. 124, -Geschwür III. 21.
Blattern III. 109.
Blausäure b. Augenk. III. 269, -Vergiftung I. 53, II. 54.
Blausucht II. 62.
Bleichsucht I. 17, 57, 58, II. 61, 62, III. 24, III. O. 6, IV. 27.
Bleiglasur I. 222, IV. 214, -Vergiftung III. 41, 43, IV. 19, 20, 26.
Blennorrhoee d. Augen, Bronchien, Lunge, Uterus (s. d.)
Blepharostenosis IV. 201.
Blödsinn I. 97, II. 103, III. 87.
Blut-Aderknoten I. 180, -Austretungen (skorbut.) II. O. 14, III. 64, -Fleckenkrankheit II. 127, -Flüsse (skorb.) II. O. 17. u. s. Haemorrhagie, -Gährung II. 3, -Husten III. 50, -Kopfgeschwulst IV. 171, -Pfropf II. 75.
Blutstillende Mittel II. 193.
Blutthierchen I. 59, II. 91, III. 45.
Blutzusammensetzg. I. 56, II. 58, III. 176.
Borczek III. 38.
Brand nach Operat. III. 234.
Brandstiftungstrieb IV. 214.
Brechweinstein I. 67, II. 56, 180, III. 144, IV. 9, 181.
Bright'sche Krankh. I. 122, II. 138, III. 142, IV. 112.
Bronchienkrankheiten I. 65, II. 81, 88.
Bronchitis I. 65, 148, capill. III. 74.
Brucin I. 55.
Brussa III. 37.
Brustdrüsenentzündung IV. O. 1.
Brustkrebs IV. 131, -Wunden II. 194, IV. 181.
Bubo II. 134, III. 112, IV. 106.

Callusbildung III. 223, IV. 185.
Canstatt II. 34.
Capsicum I. 16, II. 30.
Cerebralirritation IV. 75.
Chalazium II. O. 96.
Cheiloplastik IV. 192.
Chinawurzel III. 24.
Chinin I. 13, 87, 109, II. 18, 66, 86, III. 44, 165, IV. 29.
Chlor I. 22, II. 73, III. 96, 98.
Chlorose, s. Bleichsucht.
Cholera I. 18, 100.
Chorda tympani IV. 44.
Chorea I. 79, 84, 107, III. 82, IV. 55.
Chorioidea II. 228.
Chorioiditis II. 244.
Ciliardrüsenentzündung II. O. 78.
Cinchonae cordifol. liquor. III. 25.
Citronsäure I. 23, II. 29.
Civilisation (aetiol.) IV. 4, 68.

Cnicin I. 15.
Cochenille III. 74.
Colchicum I. 60.
Compression d. Brustdrüse IV. O. 2.
Conception III. 148.
Congestionen, seröse b. Schwang. III. 168
Coniin IV. 8.
Conjunctiva, s. Bindehaut, -Naht. II. 250.
Contagium I. 2, 4, IV. 3.
Contracturen I. 152, IV. 50, 57.
Contrahentia IV. 10.
Convulsionen I. 24, 78, 107, b. Kindern III. O. 22, IV. 175.
Copaivabalsam III. 27.
Crotonöl IV. 179.
Croup I. 17, 65, 154, II. 87, III. 196, IV. 176.
Crusta phlogistica I. 57, III. 48.
Cubebenvergiftung II. 56, III. 44.
Cuprum sulf. I. 17.
Cyaneisenkalium II. 53.
Cyankalium I. 53, II. 53.
Cyanosis II. 62.
Cysten d. Augenlider I. 192.
Cysticercus III. 7.
Cytisus IV. 8.

Daemonomanie I. 94.
Dakryolithen I. 220.
Daphne mezer. II. 57.
Darmabstossung II. 112, -Concremente I. 106, -Durchbohrung (s. d.), -Invagination I. 106, -Tuberkel II. 170.
Delirium acutum II. 102, c. tremore (potat.) I. 80, IV. 51, 182.
Detruncatio foetus IV. 167.
Diabetes I. 87, mellitus II. 139, IV. 112.
Diarrhoea IV. 85, chr. II. 113, III. 92.
Digitalis III. 44.
Diphtheritis I. 65.
Dislocation (Ektopie) d. Eingeweide II. 113, III. 195, d. Herzens I. 64, d. Uterus, s. Gebärmutter.
Dondangen II. 41.
Doppeltsehen II. 250.
Driburg IV. 15.
Drillinge IV. 164.
Drüsenanschwellung IV. O. 35.
Dünndarmberstung III. O. 28.
Durchbohrung des Blinddarmes II. 112, d. Darme. IV. 84, wurmf. Anhanges I. 104, Magens IV. 83, Trommelfells III. 278.
Dysenterie I. 105, II. 113, III. 17, 92, IV. 85, skorb. II. O. 25.
Dyskrasie III. 46, gallige I. 107, IV. 87.
Dyspepsie II. 106, III. 91.
Dysphagie I. 92, II. 106.

Echinococcus III. 4.
Eichengerbesäure III. 17.
Eierstock-Abscess III. 161, -Entzündung III. 160, -Verhärtung II. 146, III. 161, -Wassersucht I. 127, II. 147, IV. 142.
Einbildung v. Krankheiten III. 13.
Einklemmung III. 92.
Eisen-jodid, v. Jodeisen, milchsaueres III. 26, salpetersaueres II. 113.
Eiterablagerung III. 234, -Infection II. 13.
Eiterungsfieber III. 53.
Eklampsia (puerp.) I. 136, II. 151, 185, IV. 148.
Ekstase II. 101.
Ekthyma III. 102.
Ektopie, v. Dislocation.
Ektropium IV. 201.
Ekzema II. 125, III. 97, 107.
Elektromagn. Apparat v. Hessler I. O. 62, v. Keil I. 26.
Elektro-Magnetismus I. O. 61, I. 26, 80, 123, -Punctur I. 25, u. s. -Galvanopunctur.
Elephantiasis I. 115, 118, III. 106, IV. 103.
Elixirium ac. Hall. I. 22.
Elmen II. 35.
Emplastrum cicutae IV. 13.
Empyem II. 88, III. 77.
Ems II. 36, III. 29.
Enantheme I. 111.
Endokarditis (b. Kind.) II. 182.
Entophyten I. 2, III. 3.
Entozoen I. 2, III. 3, des Auges I. 220, des Blutes II. 91, III. 45.
Entropium III. 264, IV. 201.
Entzündung I. 6, 57, II. 4, III. 3, 48, chron. b. Kindern I. 147, d. Uterusanhänge III. 158.
Entzündungshaut (chemische Anal.) I. 57, III. 48.
Enuresis III. 145.
Epilepsie I. 80, 106, 107, 120, III. 17, 24, IV. 52.
Epiphyten I. 2, III. 103.
Epizoen I. 2.
Erbrechen I. 92.
Erdäpfelbrei III. 21.
Ernährung I. 98, im kindl. Alter III. 190.
Erectile Geschwülste II. 189, IV. 179.
Erhängen I. 222, IV. 211.
Ertrinken IV. 212.
Erysipelas I. 114, 152, d. Säugenden IV. 172.
Euganeen III. 38.
Exantheme I. 110, II. 121, III. 94, IV. 93, künstl. II. 127.
Excision d. Conjunctiva III. 265, d. Cornea II. 240.
Excrescenzen d. Conj. II. 261, d. Augenlides II. 260.
Exophthalmus I. 208.
Expectoration II. 81.
Exstirpation d. Kniescheibe III. 239, d. Thränendrüse IV. 203, d. Unterkiefers III. 238.
Exsudate I. 6, II. 5.

Extensionsapparat III. 225.
Extrauterinal-Schwangerschaft I. 140, II. 159, III. 188, IV. 159.

Faserstoff I. 57, II. 61.
Febris (Fieber) bösartiges III. 51, gastrica, meseraica III. 201.
Fersenbeinbruch s. Bruch, -Geschwür I. 174.
Fibroid. d. Gebärmutter (s. d.)
Filarien im Auge I. 221, im Blute I. 59.
Fissura ani I. 174.
Fisteln II. 190.
Flatulenz III. 91.
Flechten I. 111, -Salbe II. 131.
Flimmerbewegung (der Respirationsschleimhaut) II. 85.
Flügelfell II. 240.
Fluor albus II. 146.
Foetus (angewachsener) I. 144.
Franzensbad I. 37, IV. 18.
Fraxini folia I. 60.
Fremde Körper im äuss. Gehörgange III. 279, Harnröhre I. 175, Hornhaut I. 196, Luftröhre II. 86.
Froschgeschwulst III. 211, IV. 191.
Frühgeburt, künstl. I. 144, II. 167, III. 185, IV. 165.
Furunkel III. 207.
Fussgeschwüre syphilitische II. 134.

Galaktorrhoee I. 139.
Galanga-Wurzel IV. 14.
Gallenausführungsgänge (Entz. d.) I. 108.
Galvanismus II. 167, III. 21.
Galvanopunctur I. 67, III. 280, IV. 207.
Ganglien IV. 179.
Gangliennerven I. 75.
Gangraen d. Mundhöhle II. 151, III. 196.
Gastricismus III. 91.
Gebäranstalten III. 176.
Gebärmutter (Anatom.) IV. 150.
Gebärmutter-Abscess III. 151, -Anhänge (Entzündung d.) III. 158, -Anschoppung II. 145, 146, III. 152, -Berstung I. 142, III. 183, -Blennorrhoee IV. 134, 136, -Blutfluss I. 136, III. 164, 181, IV. 141, -Brand II. 146, IV. 163, -Dislocation II. O. 42, III. 157, IV. 135, -Entzündung II. 146, -Fibroid I. 125, II. 142, -Geschwür I. 125, -Hals (Krankheiten II. 142, III. 152, IV. 134, -Wassersucht I. 126) -Hypertrophie II. 146, -Krankheiten chronische III. 151, -Krebs I. O. 39, I. 125, II. 144, 146, IV. 133, -Polyp I. 123, II. 142, III. 153, IV. 134, -Riss III. 183, -Vorfall I. 126, II. 147, III. 157, 190, IV. 136.
Geburtszange als Lageverbesserungswerkzeug II. O. 53.
Geheimmittel I. 27, III. 24, IV. 60.
Gehirn-Abscess III. 80, IV. 47. -Bildungsanomalie III. 78, -Bruch II. 91, -Entzündung, -Erweichung I. 77, II. 90, 91, III. 81, IV. 46, 53, -Haemorrhagie I. 77, IV. 50, -Hypertrophie III. 193, -Krankheit. I. 77, 150, -Krebs (Markschwamm) I. O. 38, IV. 54, -Melanose IV. 53, -Symptome b. Nierenkrankheiten III. 142, -Tuberkel II. 178, -Zerreissung III. 222.
Geisteskrankheiten, Behandlung IV. 68, -Eintheilung II. 99, Ursachen III. 86, IV. 67.
Gehörtäuschungen II. 100.
Gelenks-Mäuse II. O. 68, -Steifigkeit III. 228, IV. O. 35.
Genitalienblutfluss III. 148, 163, IV. 171.
Genius epidem. II. 13.
Gerstenkorn II. O. 76, 88.
Gesichtskrampf I. 88, IV. 63,- Lähmung I. O. 72, II. 179, -Rothlauf III. 94, -Schmerz I. O. 78, I. 27, 87, II. 23, 96, IV. 61, 62, -Täuschung II. 100, III. 84.
Geschwülste, Behandlung I. O. 75, I. 25, mikrosk. Unters. III. 217, d. Augenlider II. O. 105, an der Harnblase IV. 119, erectile II. 189, IV. 179, subcutane III. 215, verdächtige I. 173.
Geschwüre IV. O. 33, varicöse II. 190.
Gicht I. O. 70, I. 43, 59, II. 37, 68, III. 17, IV. 31, IV. O. 29.
Glaskörper, Bau III. 255.
Glaukom II. 245, IV. 208.
Gliederzittern I. O. 80.
Glossitis II. 151.
Gonorrhoee, s. Tripper.
Granatwurzelrinde III. 93.
Griechenland's Heilquellen (s. d.), Volksarzneimittel.
Guajak II. 67.
Gutta rosacea III. 103.

Haarbalggeschwulst I. 109, II. 261.
Haarseil III. 22.
Haematozoen I. 59, II. 91, III. 45.
Haematurie IV. 125.
Haemorrhagia I. 58, II. 62, III. 14, d. Neugeb. I. 151, III. O. 23, intermeningea II. 89.
Haemorrhoiden II. 36, 113, III. 93.
Haemospasie II. 16.
Hagelkorn (Chalazium) II. O. 96.
Hanf III. 16.
Harn I. 121, IV. 29, spec. Gew. IV. 112, -Abscess III. 132.
Harnblasen-Abscess IV. 118, -Croup II. O. 37, -Geschwülste IV. 117, -Hernie IV. 120, -Katarrh III. 136, 145, IV. 126, -Krankheiten III.

135, IV. 115, -Krebs IV. 117, -Lähmung II. O. 46, 49, -Neuralgie III. 135, -Scheidenfistel I. 186, II. 150, III. 134, 220, -Schleim III. 141, -Schwamm IV. 115.
Harn-Fisteln III. 132, 242, -Infiltration III. 132, -Resorption II. O. 47, III. 142.
Harnröhren-Krankheiten I. 133, III. 121, -Messungen III. 123, -Mündung III. 138, -Neuralgien III. 123, -Strictur I. 175, II. 212, III. 122, 124, -Verschliessung II. 213.
Harn-Säure II. 140, IV. 111, -Stagnation IV. 121, -Steine I. 177, II. 215, III. 144, IV. 113, -Verhaltung II. O. 48, II. 141, III. 164, IV. 121.
Hasenscharte IV. 170.
Haut- (Aufspringen ders.) II. 29, -Ausschläge acute I. 113, chron. I. 114, syph. I. 116, -Krankheiten I. 18, 110, 113, -Wucherungen III. 106.
Heftpflaster III. 242.
Heidelbeere III. 92.
Heilquellen, v. Asmannshausen, Baden, (Insel bei) Berg, Birmenstorf, Borczek, Brussa, Canstatt, Dondangen, Driburg, Elmen, Franzensbad, Griechenland, Hohenstein, Ischl, Karlsbad, Kreuznach, Kurhessen, Muskau, Nauheim, Nenndorf, Oberlahnstein, Pierawart, Reinerz, Roisdorf, Rothenfels, Salzbrunn, S. Ombono, Steben, Teplitz, Turskawiec, Ungarn, Unterkostreinitz, Vichy, Weilbach, Zaizon, s. d. und Adelheidsquelle, Euganeen.
Heiserkeit II. 86.
Helminthiasis I. 106, IV. 86.
Herbstkrankheiten I. 10.
Hernia (Radicaloperat.) IV. 198, congenita III. 250, 252, IV. 171, diaphragm. III. 250, incarcerata III. 251. 254, sacralis II. 225, umbil. III. 250, 253, IV. O. 46, IV. 171, vesicovagin. III. 251.
Herniotomie I. 184, IV. 199.
Herpes III. 107, IV. 101.
Herz bei Greisen IV. 32, -Krankheiten I. 57, 63, III. 68, -Polypen II. 75, -Verwundung IV. 127.
Hinterkopf (weicher) II. 172.
Hippursäure III. 144.
Hodenentzündung I. 119, III. 119, 134, -Geschwulst II. 212, -Neuralgie I. 120.
Höllenstein als Ätzmittel, s. Kauterisation, innerlich III. 16, -Klyst. II. 73, -Zubereitung I. 33.
Höhlen, geschlossene II. 217.
Hohenstein II. 31.
Homoeopathie II. 16.
Hornhaut-Entzündung IV. 204, 206, -Erweichung III. 266, -Geschwüre III. 269, IV. 204, 207, -Staphylom I. 195, II. O. 79, III. 268, -Verdunklung I. 200, II. 240, III. 266, -Vereiterung IV. 207.
Hospitalrose II. 186.
Hüftgelenksaffectionen III. 247.
Hühneraugen I. 29, IV. 181.
Hundswuth, s. Hydrophobie.
Hydatiden III. 3, d. Lung. I. 69, III. 77.
Hydrarthrus I. 25, II. 227.
Hydroarium II. 147, IV. 142.
Husten (Mittel g.) I. 65.
Hydrocephalus I. O. 74, I. 77, II. 180, III. 173, IV. 47, 172, chronicus I. 25, 152, Hydrokele I. 25, 144, II. 216, III. 246, Hydrometra IV. 138, Hydropericardium I. 25, Hydrophobie I. 85, II. 94, III. 82, IV. 58.
Hydrops II. O. 22.
Hydrorrhachis I. 25.
Hydrothorax I. 25.
Hygrom I. 173.
Hysterie I. 85, III. 163, IV. 65.

Ichthyosis III. 105, IV. 102.
Ikterus I. 107, IV. 87.
Ileus IV. 85, hepaticus I. 39.
Impetigo III. 102, 107.
Incarcerationssymptome III. 251, IV. 199.
Incontinentia urinae I. O. 78, I. 122, IV. 124.
Inoculation III. 110, IV. 105.
Insufficientia bicusp. et tric. II. 75.
Intermittens, v. Wechselfieber.
Intussusceptio II. 112, III. 93.
Ipecacuanha I. 105, IV. 7.
Ideremie II. 241.
Iris - Lähmung III. 269.
Iritis. IV. 206.
Irren-Anstalten I. 95, -Behandlung IV. 68, -Beschäftigung I. 94, -Statistik II. 97.
Ischias I. O. 79, III. 86, IV. 64.
Ischl II. 146, III. 28.
Ischurie III. 145.

Jahreszeiten III. 13.
Jod I. 22, 77, 115, 139, II. 24, 222, III. 32, IV. 6, 28, 172, -Eisen I. 17, 68, II. 146, III. 114, 119, IV. 5, 14, -Kalium I. 22, 61, 68, 69, 85, 108, II. 24, 114, 135, 136, 137, 139, 143, 239, III. 16, 194, 278, IV. 110, 172, 207, -Quecksilber I. 119, IV. 108, -Silber I. 116, IV. 6.
Juglandis putamina I. 31, Juglans-Säure I. 32.
Jugularvenen-Verschwärung II. 78.
Jungfrauschaft, Jungfräulichkeit II. 154.

Kaffee II. 57, III. 20.
Kaiserschnitt II. 163, III. 181, IV. 165, IV. O. 5.
Kali ferrocyanicum I. 53, hydriod. (s. Jodkalium), nitricum II. 27, 67, III. 61, IV. 30, 125.
Kalkwasser I. 21.
Kalomel I. 18, 103, 105, 193, II. 27, III. 56.
Kaltwassercur I. 27 47, 114, II. 28, 49, III. 39.
Kanthariden, innerlich II. 268, IV. 29, -Pasta IV. 65, -Taffet IV. 14, -Vergiftung IV. 25.
Kardialgie I. 93, II. 106, 109, III. O. 1, 5, IV. 83.
Karditis II. 75.
Karlsbad I. 39, 44. II. 41, III. 38, IV. 17.
Kartoffelbrei III. 21, -Gährung I. 222.
Katalepsie I. 80, 106, 107.
Katarakt I. 208, II. 242.
Kathartin I. 29.
Katheterismus d. Harnröhre III. 128, 154, 140, IV. 149, d. Speiseröhre I. 183.
Kauterisation II. 188, d. Auges II. 237, d. Gebärmutter I. 125, II. 143, III. 163, IV. 134, 137, d. Harnblase III. 136, d. Harnröhre II. 132, III. 110, 117, 128, bei Hautkrankheiten III. 107, b. Kondylomen II. 134, d. Speiseröhre III. 91.
Kautschuk II. 193.
Kehldeckelentzündung III. 73.
Kehlkopfverengerung I. O. 1.
Kephalotribe I. 146, III. 180.
Keratoditis, v. Hornhautentz.
Keratotom II. 244.
Keuchhusten I. 65, 91, II. 86, III. 73, IV. 6, 178.
Kindbettfriesel I. 137, III. 172, Kindbettkrankheiten, s. Puerperal.
Kleesäure IV. 22.
Klimakterische Periode IV. 130.
Klitoris monströse II. 142.
Klumpfuss III. 245.
Kneten IV. 174.
Knie-Ellenbogenlage IV. 150, 168, -Geschwulst III 207, -Scheibenbruch III. 225, -Verrenkung (s. d.) -Verwundung IV. 184.
Knochen-Erweichung II. 226, III. 201, IV. 153, -Hautschwiele II. 64, -Krankheiten vorweltlicher Thiere III. 249.
Kohlensäure III. 17, IV. 7, ausgeathmete III. 71, im Typhus IV. 29.
Kohlens. Wasser II. 27.
Kolpodesmorrhaphie III. 151.
Koma I. 107.
Kondylome I. 121, II. 134, 135, III. 112.
Kopf-Abscess III. 219, Schmerz I. O. 79, -Verletzung II. 195.
Krätze II. 123, III. 97, 100, IV. 98, -Milben IV. 97.
Krampf I. 78, III. 17, d. -Flexoren II. 95, statische, coordinirte I. 78, psychische I. 80, spinale I. 84.
Kranio-skopie I. 96, -tabes II. 172, -tomie III. 180.
Krankheit - Ausschliessung, Zusammensetzung, v. I. 5, Begriff II. 3, biblische III. 15, d. Greisenalters IV. 2, 32, -Verlauf IV. 1.
Krasenlehre III. 46.
Krebs I. 6, 57, Statistik III. 63, d. Auges I. 217, d. Eichel I. 184, d. Gebärmutter, d. Gehirns, Leber, Magens, Milz, Nieren, (weibl.) Brust (s. d.), d. Mediastinum I. O. 39, d. Retroperitonaealzellstoffes I. O. 39, d. Unterlippe IV. 192.
Krebsiges Exsudat I. 9, II. 6.
Kreislauf III. 50.
Kreosot IV. 204.
Kreuzbrunn IV. 17, 140.
Kreuznach I. 45, II. 32.
Kriebelkrankheit I. 84.
Krisen III. 1.
Kropf I. O. 75, I. 25, 171, III. 214, IV. 170.
Krystall-Linse (Regeneration) II. 228.
Kumis III. 19.
Kupfer, salpetersaures III. 111, schwefels. I. 17.
Kupferdämpfe III. 283, -Vergiftung III. 42, IV. 19.
Kurhessen, Heilquellen I. 35.
Kurzsichtigkeit II. 232, III. 268.
Kystein IV. 156.

Lachen II. 104.
Lähmung d. N. facialis II. 179, d. N. oculomot. II. 258, d. unt. Extrem. I. O. 73.
Lähmungen I. O. 71, IV. 67, IV. O. 32, b. Neugeborenen IV. 173.
Laryngitis stridul. IV. 176.
Laryngotomie I. O. 8, IV. 191.
Leber, granulirte III. O. 17.
Leber-Anschwellung I. 108, II. 26, -Atrophie I. 107, IV. 87, -Krankheiten II. 40, 117, -Krebs (Markschw.) I. O. 35, I. 108, -Tuberkeln II. 171, -Thran II. 23, III. 121.
Lederhautschwiele II. 64.
Lendenschmerz IV. 66.
Lepra I. 114, 115.
Leuchten, v. Phosphorescenz.
Leukorrhoee I. 133, II. 132, 146, 185.
Lichen III. 104, 107, IV. 102.
Lichtscheu III. 269.
Linimentum sapon. tereb. I. 30.
Lippen-Bildung I. 183, IV. 192, -Drüsen IV. 77.
Liquor g. Hühneraugen I. 29.
Lithektasie II. 215, Lithereteur III. 241.
Lithiacarbonat IV. 113.

Lithiasis, v. Harnsteine, salivalis III. 235.
Lithotomie II. 214, 216, III. 241.
Lithotritie I. 178, III. 240.
Lochien III. 149.
Lufteintritt in d. Venen I. 154, II. 191, III. 145, IV. 180.
Luftröhrenpolyp III. 74.
Lungen-Blutfluss I. 151, II. 184, -Emphysem I. 66, IV. 178, -Entzündung I. 66, 148, II. 87, 182, -Erweichung II. 184, -Gangrän I. 67, 151, III. 76, -Hydatiden I. 69, III. 77, -Katarrh III. 74, -Krebs I. 67, -Probe IV. 214, -Schlagfluss II 184, -Stein III. 74, -Tuberkeln I. 67, II. 37, III. O. 7, III. 75.
Lupus I. 115, III. 108, IV. 103.

Magen-Durchbohrung IV. 83, -Entzündung IV. 81, 83, -Erosion III. O. 6, -Erweichung IV. 82, -Geschwür I. 99, III. O. 1, IV. 82, -Katarrh IV. 81, -Krebs I. O. 31, I. 99, IV. 83, -Mundverengerung I. 99, -Polyp IV. 81, -Saft III. 89, 145.
Magnesia calc. IV. 6, muriat. IV. 7.
Malaria, II. 15, IV. 4.
Mandeln, bittere I. 52.
Manie III. 88, IV. 76.
Maranthae amylum III. 21.
Marchantia conica III. 92, 145.
Markschwamm d. Antrum Highmori III. 218, d. Knochen III. 218, u. s. Krebs.
Masern II. 258, III. O. 35, III. 94, IV. 95.
Mastdarm - Entzündung I. 105, -Geschwulst I. 106, 152, -Polypen I. 152, II. 113, III. 217, -Scheidenfistel II. 190, -Verengerung II. 177.
Mediannerve IV. O. 35.
Meersalz IV. 204.
Meerwasser III. 39.
Meibomische Drüsen II. O. 79.
Melanosis bulbi II. 260, cerebri IV. 53.
Melasma IV. 103.
Meningeal-Apoplexie III. 80.
Meningitis I. 76, III. 79, IV. 48.
Menstruation I. 131, III. 147, 163, Einfluss auf das Stillen II. 175, frühzeitige IV. 129, kritische II. 149, vicariirende I. 131, IV. 140.
Mentagra III. 103.
Mercurial-Dyskrasie II. 138, -Präparate, v. Quecksilber.
Metroperitonaeitis u. Metrophlebitis, s. Puerperalfieber.
Metrorrhagie, s. Gebärmutterblutfluss.
Miasmen III. 12, IV. 3.
Migraine II. 96.
Mikrosporon III. 103.
Milch II. 175, IV. 172, -Fieber III. 164. -Schorf I. 21.
Miliaria II. 122, IV. 96.
Milz, peripher. I. 108, -Anschwellung II. 26, III. 52, -Hypertrophie I. 108. -Krebs I. O. 37, -Ruptur IV. 87.
Mineralmoor I. 37, IV. 18.
Mineral-Quellen-Entstehung I. 36, künstliche I. 40, -Curen bei Kindern I. 40.
Missbildungen II. 176, III. 190, IV. O. 38,
Mitbewegung I. 73, -Empfindung I. 73,
Modersubstanzen I. 42.
Molluscum II. 128.
Mondesstrahlen II. 14.
Monstrositäten IV. O. 38.
Morphium II. 96.
Moschus I. 29, 66, III. 51, -Wurzel III. 25.
Motilitätsneurosen I. 78, 88.
Muskau II. 42.
Muskel-Entzündung III. 208, -Schmerz I. 60, -Schwiele II. 64. -Wunden III. 221.
Mutter - Kuchen II. 155, (aufsitzender) IV. O. 20, -Mal I. 116, III. 268, IV. 179, -Spiegel II. 153, III. 173, IV. 149.
Mydriasis IV- 207.
Myositis III. 208.

Nabel - Bruch III. 250, 253. IV. O. 46. IV. 171. -Entzündung IV. 172. -Schnur (fehlerhafte II. 177, -Berstung eines Varix IV. 171.)
Nagel, eingewachsener III. 219, IV. 190.
Naphtha III. 75.
Narben II. 263.
Nasen - Geschwür I. 121, -Geschwulst, III. 209.
Natron, kohlens. I. 19. salpeters. II. 27.
Naturheilkraft I. 10.
Nauheimer Soole II. 35.
Nenndorf I. 35.
Nephritis calculosa IV. 114.
Nervenfaser I. 70, III. 77, -Geschwulst I. 170, -System (sympath.) I. 75.
Netzhaut-Erschütterung I. 217, -Structur II. 233, III. 256.
Neuralgie I. 22, 24, 26, 60. II. 96. III. 85, IV. 61, d. Brustdrüse III. 162, d. Harnblasenhalses III. 135, d. Samenstranges IV. 66, d. Unterleibes IV. 148, cervico-occipitalis I. 88, ischiatica, v. Ischias, peronaei III. 86, trigemini I. 87, III. 85, IV. 61, 62.
Neurosen IV. O. 34, der Motilität I. 78, 89, syphilit. I. 120, toxische I. 82.
Neurotomie III. 245.
Nieren-Krankheiten (Hirnsymptome bei) III. 142, -Krebs III. 145.
Nieskrampf I. 91.

Nussöl IV. 60.
Nux vomica I. 61, II. 23, III. 82.
Nystagmus I. 88.

Oberlahnstein III. 35.
Obliteratio aortae I. 63.
Oedema cerebri III. 169, glottidis I. O. 8, pulmonum III. 170.
Öle ätherische III. 18.
Öleinreibung I. 24.
Ohren-Entzündung I. O. 81, Ohrensausen I. O. 81, -Trompete (Verstopfung d.) III. 277, -Wurm (Mittel gegen) III. 21.
Oleum jecin. aselli I. 24, II. 23, sinapeos II. 30.
Ombono St., Bäder III. 37.
Oophoritis III. 160, IV. 144.
Operationen (üble Folgen bei) III. 234.
Opium II. 137, III. 61, narkotinfreies IV. 14, -Vergiftung IV. 22, -Wasser II. 23.
Orchitis I. 119, II. 212, IV. 109.
Osteoid IV. 197, Osteomalacie, s. Knochenerweichung, -Sarkom d. Unterkiefers III. 213.

Paedatrophie II. 170.
Panaritium III. 221.
Pankreaskrankheiten I. 109, II. 117.
Paracentese des Bauches III. 166, d. Brust, III. 236, d. Eierstocks I. 127, IV. 142.
Paraesthesie des n. acusticus, Parakusie I. O. 81, III. 279.
Paralysis, s. Lähmung, agitans I. 87.
Paraphimosis II. 133, III. 116, IV. 111.
Paresis metallica II. 96.
Paraplegie I. 87.
Parasiten I. 1, III. 10.
Parotidengeschwulst III. 91.
Pasta pectoralis I. 28, Viennensis II. 144, IV. 179.
Pathologie, allgem. II. 1, historische II. 3, III. 15.
Pellagra II. 128, III. 105.
Pemphigus III. 97, IV. 99.
Perigastritis IV. 84.
Perikarditis I. 61, 62, 149, II. 183, III. 68.
Perinaeorrhaphie III. 183.
Peritonaeitis I. 109, 150, II. 151, IV. 86, puerp. III. 166, tuberc. II. 184.
Perityphlitis III. 92.
Pessarium II. 153, IV. 136.
Pest I. 22.
Pferderäude II. 128.
Pfortader-Blut II. 61, -Verknöcherung.
Phimosis I. 185, III. 242, IV. 111.
Phlebitis I. 153, II. 188.
Phlegmasia alba III. 207, IV. 147.
Phosphatsalze II. 139.
Phosphorbrei II. 269.
Phosphorescenz II. 14, IV. 104.
Phrenologie II. 104.
Physometra IV. 138.
Picrawart IV. 18.
Pilulae antarthriticae I. 27, ferruginosae Vallet. IV. 14.
Piperin I. 15.
Pityriasis III. 105.
Placenta previa III. 179, IV. O. 20, -Retention I. 146, -Schwangerschaft I. 145.
Plastik, anomale III. 1.
Plethora I. 56.
Pleuritis I. 67, 148, III. 198.
Plumbum aceticum I. 100.
Pneumonie, s. Lungenentz., lobuläre III. 197.
Pneumothorax I. 148, II. 88.
Podagra II. 68.
Polycephalus III. 6, Polymastie III. 162, IV. 143.
Pomade, epispast. II. 31, f. d. Haarwuchs II. 31.
Porrigo I. 3, III. 103, IV. 101.
Posthiotomie II. 216.
Prolapsus d. Gebärmutter, d. Scheide (s. d.).
Prophylaxis IV. 109.
Prosopalgie, s. Gesichtsschmerz.
Prostata-Entzündung III. 141, Geschwulst I. 180, III. 138, -Stein I. 179, III. 141.
Prurigo III. 104.
Pruritus pudendorum III. 150.
Pseudarthrosis III. 231.
Pseudocroup IV. 176.
Psoasabscess I. 173.
Psoitis III. 207.
Psoriasis I. 114, 115, III. 104, 106.
Psorophthalmus II. O. 78, 105.
Pubertät III. 146.
Püllna IV. 18.
Puerperal-Convulsionen IV. 148, -Fieber III. 165, IV. 143, -Manie II. 153, IV. 146.
Puls I. 5, IV. 33.
Pupillenbildung II. 241.
Purpura IV. 104.
Pustula maligna II. 187.
Putrescenz d. Uterus IV. 163.
Pyaemie II. O. 24.

Quaddeln II. 122.
Quecksilber im Blute III. 50, -Chlorid v. Kalomel, Jodid I. 119, II. 26, III. 109, -Oxydul salpetersaures I. 21, II. 143, III. 108, -Salbe I. 77, -Vergiftung IV. 19.
Quercin III. 26.

Radesyge III. 106.
Rachenpolyp III. 216.
Räudemilbe IV. 97.
Ranula, s. Froschgeschwulst

Reflexbewegung I. 73.
Regeneration der Krystalllinse II. 228, d. Unterkiefers II. 227, III. 238.
Regurgitation II. 109, III. 91.
Reinerz II. 40.
Reitzbarkeit III. 2.
Resection des Ellenbogenbeins I. 184, d. kahnförm. Beins II. 208, d. Oberkiefers I. 183, Unterkiefers I. 184, II. 224, III. 238, IV. 193.
Respiration I. 64, III. 71, -Bewegung II. 78, IV. 33, 36.
Retina, s. Netzhaut.
Retroversio uteri, s. Rückwärtsbeugung
Revaccination II. 127, III. 98, IV. 100,
Rhachitis II. 29, 185, 226, III. 63, 201, IV. 153.
Rhamnus frangula II. 19.
Rheumatismus I. O. 70, I. 13, 22, 24, 26, 57, 60, II. 23, 28, 36, 64, 182, III. 29, 60, 207, IV. O. 31, IV. 30, gonorrhoicus III. 120.
Rhinolithen I. 220.
Rhinoplastik II. 224, III. 235, IV. 201.
Rhus toxikodendron I. 60.
Risswunden III. 220.
Rösten d. Erze (aetiol.) I. 221.
Roisdorf II. 36.
Rothenfels III. 36.
Rothlauf I. 11, 114, 152, II. 121, III. 94, IV. 94, 172.
Rötheln (Rubeola) IV. 94.
Rotz III. 63.
Rückenmarks - Erweichung II. 93, III. 8, IV. 46, -Krankheit I. 81.
Rückwärtsbeugung d. Uterus I. 140, II. O. 42, IV. 135.
Ruptur d. Art. tib. IV. 182, d. Gebärmutter I. 142, III. 183, d. Harnleiters IV. 114, d. Milz IV. 87, d. Netzes IV. 182, v. azygos IV. 33, v. coron. cordis IV. 33, v. umbilicalis II. 270.

Sabina III. 62.
Saidschütz III. 38.
Salzbrunn III. 28.
Sambucus I. 23.
Samenbläschen (Krankheiten) III. 136, -Entleerungen I. 122.
Schädelbruch II. 194, IV. 186.
Schanker I. 117, II. 131, 134, III. 110.
Scharlach I. 27, 113, II. 122, III. 95, IV. 95.
Scheiden-Entzündung I. 137, u. s. Leukorrhoe, -Vorfall III. 151.
Scheintod II. 271.
Schielen I. 88, 197, II. 245, IV. 203.
Schieflage d. Uterus IV. 149.
Schlangenbiss III. 44, Zahn (verschluckt) III. 44.
Schlüsselbeinbruch I. 158.
Schlund (Unwegsamkeit d.) II. 105.
Schmerz b. Entzünd. II. O. 1, II. 5, -Wanderungen III. 83.
Schreiberkrampf I. O. 74, I. 89.
Schröpfen III. 234.
Schutzmittel g. Scharlach III. 96, g. Syphilis I. 120, IV. 109.
Schwämmchenbildung II. 105, III. 90.
Schwammgeschwulst d. Auges I. 217.
Schwangerschaft (ausser d. Gebärmutter) I. 140, II. 159, III. 188, IV. 159, -Zeichen IV. 156.
Schwefelaether I. 100.
Schwerhörigkeit I. O. 80, III. 277.
Schwiele (rheum.) II. 64.
Schwindel II. 91.
Scrofeln I. 22, 29, 39, 41, 46, II. 25, 26, 30, 171, 185, III. 29, 32, 39, 75, 95, IV. 27.
Secale corn. I. 137, III. 163, IV. 140.
Sehnerven I. 191.
Selbstentwickelung des Foetus IV. 164,
Selbstmord (Neigung z.) II. 103.
Selbstwendung I. 142.
Seröse Ausflüsse w. d. Schwangerschaft II. 157.
Silber, salpeters., v. Höllenstein, salzsaures III. 17.
Singultus II. 96.
Sklerosis II. 67, IV. 170.
Skorbut I. 58, II. O. 7, III. 64, IV. 29.
Skotome II. 255.
Solutio ars. Fowleri III. 106, IV. 9, mineralis Devergie IV. 9.
Sonden, biegsame v. Elfenbein IV. 194.
Soor I. 3, 153.
Specifischer Charakter II. 13.
Speiseröhrengeschwüre IV. 80, -Lähmung IV. 67, 80, -Verengerung I. 99, II. 105, III. 91, IV. 78.
Spina bifida III. 195.
Spinalirritation I. O. 73, I. 81, IV. 54.
Spinnengewebe IV. 13.
Spongia mar. III. 16.
Sprachvermögen, gestörtes II. 93.
Sprudel (b. Berg) II. 34.
Spulwürmer IV. 179.
Staar, s. Katarakte.
Stammeln I. 89, IV. 66.
Staphylom I. 195, II. 241.
Staphylorrhaphie II. 223.
Statistik III. 13, IV. 4, d. Lungentub. I. 67.
Stehen IV. 16.
Stechapfelvergiftung I. 54.
Steinkrankheit, s. Harnstein u. Lithiasis.
Stimmkrampf I. 91.
Stomatitis mercur. I. 99.
Stottern II. 223, III. 243, IV. 65.
Strabismus, s. Schielen.
Strapazen II. 15.
Struve'sche Brunnenanstalt I. 40.
Strychnin I. 87, III. 269, IV. 15, 208, -Vergiftung I. 54.

*

Stuhlverstopfung IV. 85.
Sublimat II. 137, III. 109, -Vergiftung II. 56, III. 41.
Sumpfmiasma II. 15.
Superfoetation IV. 155.
Symmetrie III. 2.
Syphilis, Eintheilung II. 131, III. 108, angeborene II 131, ererbte IV. 106, larvirte IV. 106, secundäre IV. 107.
Syrup sarsap. jodat. II. 31.

Tabak III. 44.
Tabes dors. I. 81.
Tannin I. 113, IV. 102, 141.
Tamponade II. 193, IV. 137.
Tartarus stibiatus, s. Brechweinstein.
Taubheit III. 276, 280.
Taubstummheit v. Würmern III. 280.
Telangiektasie II. 189.
Temperatur b. Kindern III. 191.
Tenotomie I. 186.
Teplitz III. 38, IV. O. 29, IV. 16.
Terebinthina III. 24.
Tetanus I. 86, 106, 157, IV. 56, 181.
Thee III. 27.
Thein I. 31.
Theobromin III. 20.
Thlaspi b. past. IV. 141.
Thränen III. 259, Nasen-Canal (Krankh.) III. 261.
Thränensack (-Entzündung III. 261, -Fistel IV. 203).
Thuja I. 121.
Thymusdrüse II. 156.
Tinea III. 100, IV. 102.
Tobsucht I. 93.
Todesarten (gewalts. bei Neug.) III. 282.
Todesursachen (b. Kreissenden) III. 175.
Töpferglasur IV. 214.
Tonsillen (Verhärtung d.) I. 99.
Torsion d. Arter. IV. 194.
Tracheotomie IV. 191.
Trachinia spir. II. 117.
Transfusion IV. 190.
Tremores I. 80.
Trepanation II. 196.
Trichiasis IV. 201.
Tripper I. 120, II. 132, III. 116, IV. 105, 108, 111.
Trismus I. 88, II. 157.
Trommelfelldurchbohrung III. 278.
Trypanosoma III. 45.
Tuberculosis I. 6, 46, 57, II. 63, III. 75, IV. 179, d. Bronchialdrüsen II. 88, 169, d. Darmes, der Leber, d. Lunge (s. d.), d. Mesenterialdrüsen II. 170, d. Pleura II. 170.
Tuberculöses Exsudat I. 7, II. 7.
Tympanitis uteri IV. 138.
Typhlitis sterc. III 92.
Typhus I. 27, 57, 100, 149, II. 70, III. 54, IV. 29, 147.

Uhrglasvesicator IV. 13.
Unfruchtbarkeit IV. 132.
Ungarns Heilquellen I. 34.
Unguentum hydrargyri chloridi I. 18, h. chlorojodati III. 27.
Unterbindung d. Arter. II. 209, d. a. axillaris IV. 194, d. a. iliaca II. 209, III. 237, d. a. splenica II. 211.
Unterkostreiniz IV. 16.
Unterschenkelgeschwüre II. 190.
Urethrogenie I. 185.
Urin, s. Harn.
Uterus, s. Gebärmutter, bilocularis III. 189.
Uvula bifida III. 235.

Vaccina I. 114, II. 126, III. 99, IV. 99.
Vaccination III 98.
Varicellen II. 126.
Variola I. 114, II. 125, III. 98, IV. 99.
Varix I. 25, 180, III. 238, aneurysmaticus I. 181, des Nabelstranges IV. 171.
Venen-Entzündung, -Puls I. O. 25, II. 74, -Ruptur (s. d.).
Veratrin IV. 8.
Verblutung durch d. Nabelschnur IV. 282.
Verbrennung II. 111, 265, III. 221.
Verdauung I. 98, III. 89.
Verengerung d. Harnröhre, d. Magenmundes, d. Mastdarms, d. Speiseröhre (s. d.).
Vergiftung mit Aqua laurocer. I. 52, Bleischrot III. 194, Antimonbutter, Akonit, Arsenik, Bilsenkraut, Blausäure, Blei, Chinin, Cubeben, Daphne mezereum, Digitalis, Kanthariden, Kleesäure, Opium, Stechapfel, Strychnin, Sublimat, Wurst (s. d.).
Verhärtung d. Drüsen I. 25, d. Tonsillen I. 99.
Verkrümmung d. Wirbels. I. 186, IV. 66.
Verletzung IV. 181, d. Arter. (s. d.).
Verrenkung, Einrichtung I. 166, IV. 188, d. Daumens I. 205, IV. 187, im Ellenbogengelenke III. 233, IV. 187, d. Finger II. 204, d. Griff. d. Brustbeins I. 166, im Hüftgelenke I. 166, II. 206, III. 233, IV. 188, d. Kniescheibe III. 233, d. Mittelfusses II. 206, d. Oberarms I. 168, II. 203, III. 203, d. Schlüsselbeins II. 202, III. 232, d. Unterschenkels II. 206, III. 233, d. Wirbel II. 202.
Verstauchung I. 166, II. 202, III. 207.
Verwundung, s. Wunden, subcutane II. 193.
Vichy I. 43.
Vierlinge IV. 165.
Volksarzneimittel, griechische und türkische II. 29, III. 22, IV. 11.

Wachsemulsion I. 30.
Wahnsinn I. 107.
Warnemünde II. 38.
Wasser-Krebs I. 3, IV. 176, -Respiration II. 17, -Sucht II. 120, III. 54, (d. Schwangern I. 135).
Wechselfieber I. 13, 15, 87, 107, 108, II. 95, III. 51.
Wehenthätigkeit III. 173.
Weichselzopf I. 116, II. 130.
Weilbach III. 32.
Weinstein (d. Zähne) II. 105.
Weintrauben-Cur II. 49, -Blüthen II. 19.
Wendung II. 158, III. 178.
Wiesenquelle I. 35.
Wunden IV. 181, d. Arter., d. Augapfels, d. Bauches, d. Brust, d. Herzens, d. Kniegelenkes (s. d.), gerissene, s. Risswunden.
Wurmmittel I. 17, II. 31.
Wurstgift I. 55, 82.

Xerophthalmus I. 39, III. 265.

Zahn-Apparat (Affect. rheum.) IV. 62, -Fleischaffection (scorb.) II. O. 9, -Schmerz III. 85, IV. 11.
Zähneknirschen IV. 63.
Zaizon II. 39.
Zangenoperation III. 177.
Zeichen d. Todes II. 271.
Zeichenlehre, geburtsh. II. 154, III. 173.
Zellen, pathol. I. 2, II. 5.
Zellgewebsverhärtung, v. Sklerose.
Zellhautschwiele II. 64.
Zerreissung, v. Ruptur.
Zincum hydrocyanicum II. 54, muriaticum I. 121, III. 108, IV. 110, valerianicum IV. 10.
Zuckerregimen III. 21.
Zuckungen (cerebr. Urspr.) I. 78.
Zungen-Entzündung II. 151, -Krampf I. O. 74, I. 89, -Lähmung I. O. 73.
Zusammenziehende Mittel II. 30.
Zwillinge, Fruchtbarkeit d. IV. 132, zusammengewachsene I. 146, IV. 168.
Zwölffingerdarm (Krankheiten) II. 110.

Namen-Register.

Abercrombie II. 106, 110, 112, 113, IV. 67.
Aberle II. 87, 181, 216, IV. 57.
Adams II. 227.
Adelmann II. 56, 258, III. 17.
Advena I. 146.
Ainslie IV. 59.
Albers I. 5, 24, II. 36, 66, 189, III. 162, 218, IV. 33, 84, 134.
Aldridge II. 71, 141, III. 142, 145.
Alquié II. 93.
Amelung I. 10, III. 51, IV. 173.
Ammon II. 260.
Amussat I. 125, 140, 186.
Andral I. 56, 64.
Andry II. 114.
Anger I. 39.
Angouard II. 53.
Arlt II. O. 76, IV. O. 58.
Arnal II. 144, III. 152, 157, 158, 164.
Arnold IV. 44.
Arnoldi II. 30, III. 60.
Arnott III. 269.
Arntz IV. 182.
Artigues I. 105.
Aschenbrenner III. 150.
Asmus II. 86, IV. 60.
Aubanel I. 86.

Babington II. 95.
Babo IV. 215.
Bach IV. 86.
Backer II. 151.
Bacon I. 48.
Baillarger II. 100, 103.
Bailleul III. 98.
Bailly I. 106, IV. 178.
Baird IV. 181.
Barbieri III. 37.
Barez IV. 6.
Barlow III. 144.
Baron III. 198.
Barrach I. 22.
Barralier IV. 111.
Barring-Garrod III. 144.
Barry III. 41.
Barse III. 283, 284, IV. 215.
Bartels I. 102.
Barthelemy II. 94.
Barthez I. 147, II. 88, 169.
Bartley III. 62.
Bartow I. 136.
Bartsch II. 166, III. 176.
Bary III. 265.
Basedow I. 18, IV. 56.
Baucek III. 233.
Baudens I. 174, II. 201, III. 246, IV. 191.
Baudy III. 283.
Bauer I. 24, 46.
Baum I. 116.
Baumés I. 116.
Bayard III. 283.
Bazin II. 137.
Beau II. 78, III. 91, IV. 2, 36.
Beck II. 62.
Beckert II. 31.
Béclard O. II. 72.
Becquerel III. 196, IV. 178.
Beer I. 205, II. 111.
Beermann III. 143.
Bégasse II. 146, III. 92.
Bégin I. 184.
Behm IV. 167.
Behrend I. 68, II. 227, III. 84, IV. 110.
Behrens II. 153.
Belhomme III. 86.
Bell II. 106, IV. 44.
Bellingham III. 237.
Bellini III. 151.
Benet I. 109.
Benigné I. 122.
Bennet IV. 46.

Bennewitz IV. 204.
Bérard II. 142, III. 156, 214.
Berchem (van) IV. 96.
Berigni III. 82.
Berlyn I. 140, III. 62, IV. 47.
Bernard II. 138, 239, 250, III. 37, IV. 44, 203.
Berndt (jun.) III. 182.
„ (sen.) IV. 85.
Bérruyer IV. 194.
Berthold II. 193, III. 190.
Beschorner II. 128.
Beton III. 118.
Bey (de) III. 83.
Bicking IV. 3.
Biechy II. 204.
Biett I. 118.
Billod I. 80.
Biondi I, 15, II. 238, III. 231, 279.
Bird II. 140, III. 77, 144, 151, IV. 148, 157.
Birnbaum II. 154, III. 173.
Bischoff von Altenstern I. 53, II. 117, IV. 142.
Biver III. 223.
Blache IV. 56.
Blandin I. 119, 154, 175, 183, 184, 214, II. 150, III. 264, IV. 181.
Blatin IV. 139.
Blažina I. O. 8, II. O. 68, IV. O. 35.
Blondlot III. 89.
Bloxam II. 78.
Blumhardt II. 203.
Bochdalek O. II. 68, O. III. 31, 33.
Boder III. 251.
Boeck I. 115.
Boecker III. 54, IV. 27.
Boeckh I. 67.
Boegner I. 36.
Boehm I. 51, 123.
Börner I. 23.
Böser III. 92.
Bohlig III. 284.
Boissière I. 69.
Bolley II. 37.
Bollschwing II. 41.
Bonnassier I. 52.
Bonjean I. 50, III. 26, 44, IV. 21.
Bonnafont III. 277, 278.
Bonnet II. 28. 188, 227, III. 224.
Bonorden II. 126.
Bouchacourt I. 170, II. 222.
Bouchardat I. 28, 98, III. 24, 48, IV. 19.
Bouchet IV. 69.
Bouchez II. 27.
Bouchut IV. 143.
Boudet I. 67, III. 76.
Boudin III. 13.
Bouillaud I. 62, 67, 108, 109, II. 71, III. 69, 81.
Bourgeois II. 187.
Bourjot I. 214.
Bousquet III. 100.
Boussingault I. 98.
Bouvier III. 77.
Brach I. 85, 184.
Braschet IV. 51.
Braun II. 105, III. 20.
Bredow II. 171.
Breitzmann II. 195.
Brenner (v. Felsach) I. 48, 216, II. 146, III. 28.
Bréon I. 109.
Brérard III. 80.
Breschet I. 181, III. O. 23, IV. O. 38.
Bretonneau II. 193.
Brière (de Boismont) I. 94, II. 98, 102, IV. 67.
Bright III. 143.
Briquet I. 13.
Brockmann III. 80.
Brodie II. O. 3, III. 234.
Brogniez I. 214.
Brooke II. 125.
Broqua I. 13, 102.
Brosette II. 206.
Brourières I. 109.
Brück I. 48, 86, IV. 15.
Brücke III. 255.
Brunner III. 26, 71.
Bruns III. 241, IV. 198.
Buchholz IV. 14.
Buchner I. 31, II. 34, III. 19, 26, 29.
Buckler III. 41.
Budd III. 3.
Budge I. 12, 76.
Burdach I. 10, II. 226.
Burkhardt I. 120, 181, IV. 85.
Burns IV. 177.
Burrow I. 65, 154, 177.
Burrows III. 68.
Butcher II. 180.

Caffe I. 50.
Caffort II. 206.
Cambessedo I. 48.
Camin III. 217.
Campbell II. 89.
Canella IV. 25.
Canstatt II. 95.
Capitaine IV. 6.
Carmichael II. 211.
Carnevale-Arella III. 21.
Carrière III. 95.
Carro (de) I. 39, 40.
Carron du Villard I. 215.
Cartellieri I. 37.
Cartoni III. 269.
Carus I. 96.
Casper III. 189, IV. 181.
Castelnau I. 116, IV. 31, 84.
Catonoso IV. 194.
Cazeaux III. 177, 181, IV. 148.
Cazenave I. 116, III. 124, IV. 101, 103, 105, 195.
Cazentre II. 57.

Cejka II. O. 7.
Cenni III. 54.
Cerulli IV. 10.
Chabrely II. 141, III. 91.
Chailly-Honoré II. 157, III. 178.
Chassaignac I. 164.
Chatart-Leces III. 193.
Chauffard III. 79.
Chéreau III. 161.
Chevalier III. 283, 284, IV. 215.
Chevers I. 63, III. 255.
Cheyne II. 76.
Child III. 92.
Chomel I. 85, 99, 105, II. 70, 71, 73, 87, III. 94.
Chomenko III. 19.
Chossat III. 21.
Chotin I. 50.
Christien IV. 173.
Christison I. 18, II. 70, IV. 8.
Churchill II. 118, III. 159.
Civiale I. 180, II. 141, III. 121, IV. 114.
Claudi I. 146.
Clayton IV. 65.
Clemens IV. 82, 147.
Colla III. 240.
Colles III. 219.
Collier IV. 104.
Colombat IV. 65.
Compérat I. 217.
Condyon III. 239.
Congrain IV. 86.
Cooper I. 116, III. 123.
Cormac IV. 4, 174, 214.
Cormay III. 241.
Cornay III. 52.
Cornelius IV. 83.
Corrigan II. 138, III. 97.
Cossi IV. 29.
Coster I. 116.
Cottini II. 194.
Cozzi IV. 26.
Cramer I. 113.
Creutzer I. 105. III. 188.
Crisp IV. 83.
Crommelinck I. 106.
Crozant III. 91.
Cruse IV. 66.
Cruveilhier I. 96, II. 212, IV. 50.
Cunier II. 250, III. 269, IV. 207.
Cure I. 28.
Curling II. 111.
Cusack III. 237.
Czermack III. 3.

Dammann II. 71.
Dancel I. 166.
Danger I. 49, III. 42, IV. 20.
Danyau III. 183, 282.
Darke III. 233.
Daug IV. 13.
Daun III. 90.
Dauverger III. 103.
David I. 106.
Davidson II. 70.
Davis II. 105.
Davill II. 146.
Debeney III. 117.
Debourg de Rollot III. 21.
Debourge IV. 9.
Debreyne I. 63, II. 109.
Debryn IV. 187.
Decondé I. 194, II. 132, 231, 250.
Delafond II. 52, III. 90.
Delangland III. 24.
Delaroque II. 72.
Delasiauve III. 265.
Demarquay III. 145.
Desportes III. 22.
Dequevauviller III. 265.
Derigny IV. 59.
Derner IV. 182.
Deschamps II. 271, III. 27, 78.
Desmarres I. 214, 220, II. 240.
Despreaux II. 95.
Desruelles III. 110. IV. 106.
Devay II. 61, III. 51, IV. 23.
Devergie I. 113, 114, 223, III. 106, 107, IV. 9, 102.
Diday I. 65, II. 210.
Dieffenbach I. 164, 175.
Diener II. 112.
Dieterich I. 61, II. 24, 34, IV. 110.
Dietl I. 100, IV. 93.
Diez II. 16.
Dixon IV. 143.
Doepp III. 80.
Doering III. 29.
Dommes II. 147.
Donné II. 257.
Dotzauer II. 113.
Drazie I. 81.
Dubois I. 143.
Ducros I. 55, II. 96, III. 50.
Dudley II. 216.
Dugniolle IV. 109.
Dulk IV. 113.
Dumas I. 98.
Dumeril I. 33.
Dumreicher IV. 142.
Dunsmarc IV. 191.
Dupasquier I. 68, IV. 5.
Duplay II. 90.
Dupuy I. 105, II. 94.
Durand II. 126.
Durand-Fardel IV. 50.
Durant III. 158.
Duval II. 241.
Duvard I. 80.
Dvik IV. 85.
Dymitrovicz I. 100, 106.
Dymock III. 41.

Eagle II. 211.
Ebel IV. 186.
Ebert II. 213.

Ebrard I. 120.
Eckstein I. 193.
Effenberger I. 153.
Ehrenreich III. 93.
Ehrmann III. 213.
Eisenmann I. 1. III. 53, 98, IV. 54.
Eisenmenger III. 54.
Eisenstein IV. 142.
Eitner II. 88.
Elliot II. 215.
Elsaesser II. 154, 172, 184, III. 176, IV. 163.
Elivert III. 148.
Emery I. 115, III. 92, 103.
Emmerich I. 4, III. 57.
Emmert IV. 190.
Engel I. 5, 6, II. 5, III. 47.
Enzmann III. 256.
Erdl I. 191.
Erichson II. 111, III. 106.
Erlach III. 28.
Ernst III. 92.
Escherich III. 144, 190.

Fabre I. 154.
Fabricius I. 6.
Faivre I. 23.
Falkenbach II. 202.
Fallot II. 236.
Fauconnet III. 54.
Fauvel III. 74.
Faves III. 92.
Fehling II. 34.
Feldmann IV. 110.
Ferguson II. 15, 227, II. 70, III. 240, IV. 4.
Fermond I. 95.
Festegiano II. 139.
Filhos II. 144.
Finizio I. 146.
Fioravante IV. 64.
Fischer I. 22.
Fischer J. N. II. 238.
Flandin I. 49, III. 42, IV. 20.
Flechsig II. 149.
Fleckles II. 41, 243, IV. 17.
Fleischer IV. 99.
Flögel I. 221, II. 76, III. 40, IV. 33, 83.
Floet III. 24.
Flood III. 85.
Flourens II. 121, III. 224.
Fluder I. 77.
Follet I. 105.
Forcke I. 105.
Forget IV. 30.
Fouquet I. 106.
Fouquier I. 108, III. 207.
Foville IV. 46.
Frank II. 117.
Frank-Renaud II. 155.
Franz II. 86, 241.
Freentrupp III. 85.
Freschi IV. 50.
Fresenius IV. 215.
Fröhlich v. Fröhlichsthal I. 27.
Freund I. 18, IV. 59.
Friebe IV. 172.
Friedreich III. 282, 283.
Fritschi I. 217.
Fröbelius IV. 201.
Fröhlich I. 27.
Fronmüller II. 238, 244, 260, 261.
Froriep I. 122, II. 64, 223, IV. 58.
Frosch III. 97.
Fuchs I. 115, II. 35.
Funk II. 73.
Furnari III. 264, 268.

Gademer III. 232.
Gallot I. 28.
Gamberini III. 207.
Garrod III. 144.
Garson II. 55.
Gasparin I. 48.
Gavarret I. 56, 64, III. 13.
Gazzam III. 233.
Gendrin II. O. 103, II. 106.
Gendron III. 91.
Gérardin I. 144, IV. 99.
Gerber III. 26.
Gerdy II. 204, III. 232.
Gernet I. 179.
Gerold I. 214, II. 224.
Gery II. 113, III. 148.
Geyger I. 45.
Giacomini I. 14.
Gibert I. 114, II. 128, III. 106, IV. 105, 107, 108.
Gibbon IV. 57.
Gibson II. 207, III. 239.
Giegl II. 132, III. 110, IV. 107.
Giehrl I. 126, II. 112, 217, III. 190, 209.
Giese III. 183.
Gigon I. 152.
Gilli IV. 179.
Gimé II. 120.
Gintrac II. 118.
Gleitsmann III. 281, IV. .
Gluge III. 45.
Gobley IV. 6.
Godelle III. 96.
Göbel II. 41.
Goeden III. 98.
Goetz III. 176.
Goodsir III. 90.
Gosselin III. 153.
Gottschalk I. 180, II. 30, III. 145, IV. 10.
Gouraincourt III. 92, 218, 220.
Gourard IV. 134, 147.
Gouraud IV. 83, 85.
Gourbeyre IV. 57.
Gouzée I. 87, III. 60.
Goyrand IV. 164, 171.
Graham III. 16.
Grandidier I. 35, II. 35.
Granier de Cassagnac's II. 109.
Granville I. 40.
Gras IV. 97.

Graus III. 118.
Graves I. 104, II. 70, 113, 139, III. 95, 104, 109, 111, 112, 118, 121, 143.
Gregory III. 74, IV. 100.
Greissing II. 39.
Grenser IV. 149, 168.
Grienwald IV. 18.
Griesselich IV. 61.
Griesinger I. 73, II. 1, IV. 75.
Griffin I. 18.
Griffith I. 87.
Grosskopf IV. 140.
Gruby I. 59, II. 105, 128, III. 45, 90, 103.
Guépin II. 235.
Guepratte IV. 85.
Gueret III. 110.
Guérin II. 241, 245.
Guersant I. 184, II. 71, 182, 184, 185, III. 142.
Guillon III. 138, 181, 246.
Güntner IV. 142.
Gulliver III. 70.
Gulz II. 238, 240, 243, 261, III. 246, 264, 280.
Gumprecht II. 19.
Guy III. 13.
Guyon II. 202, III. 163.
Guyot II. 193.

Haentsch II. 73.
Hager II. 16, IV. 142.
Hahn II. 249, III. 218.
Haidlen IV. 172.
Hall II. 113.
Halla I. O. 28.
Haller I. 187.
Hallmann III. 39.
Halpin IV. 148.
Hamburger III. 76.
Hamernjk I. 5, 64, I. O. 41, II. 74, 75.
Hanmann II. 38.
Hannay IV. 7.
Hannover III. 256.
Hansen II. 138.
Harrison II. 63.
Hartmann III. 265.
Haselberg IV. 165.
Hasper III. 96.
Hasse III. 225.
Hastings III. 75.
Hauff III. 140, 143.
Hauk II. 136, III. 188.
Haurowiz IV. 181.
Hauser I. 177, II. 133, III. 24.
Hayn I. 65, 100, 154.
Hayne I. 53.
Hayny I. 87, IV. 186.
Hebra II. 124, III. 102, 104, IV. 103.
Heerlein I. 29.
Heidenreich I. 171.
Helfft II. 121.
Heller IV. 53.
Helmbrecht I. 69, IV. 188.
Hellmuth III. 39.
Hendriksz IV. 193.
Henle I. 116, II. 81, III. 190.
Henop IV. 1.
Herberger II. 62, IV. 27.
Herbich II. 124, 227.
Herman II. 41.
Hermel IV. 57.
Heroldt II. 213.
Herrmann I. 42.
Hertwig I. 49, II. 94, III. 97, IV. 57.
Herzog III. 1.
Heyfelder I. 157, III. 64, 109, 150, 217, 220, 235, 236, 238, 268.
Hildebrandt III. 201.
Hille I. 16, 107, 214.
Hiller I. 17, 136, III. 254.
Hinard IV. 31.
Hinterberger I. 142.
Hirsch I. 81, 87, 88, II. 49.
Hirschel III. 15.
Hirz I. 86, 115, II. 161.
Hlawaček III. 38.
Hodgkin IV. 78.
Höring IV. O. 29.
Hoffer III. 21.
Hoffmann IV. 167.
Hoffmannsthal II. 227.
Hoffmeister II. 127.
Hofmann III. 187.
Hohl II. 131, III. 176.
Hohnbaum III. 75.
Holscher III. 96.
Holub IV. O. 38.
Home IV. 80.
Hooper III. 182.
Horaczek I. 107, IV. 88.
Horst III. 161.
Hoskins III. 144.
Houghton IV. 21.
Houston II. 113.
Huart I. 28.
Hubbauer III. 196.
Hubert III. 178.
Huek I. 189
Hufeland II. 54.
Huguier I. 117, 183, II. 131, 134, III. 112.
Hughes I. 66.
Hummel III. 82.
Hünefeld IV. 8.
Huss I. 60, 80, 99, 100, 114.
Husson I. 14.
Hüter II. 158, 167.
Hutton III. 237.
Hyrtl III. 276.

Imbert-Gourbeyre III. 63.
Irven IV. 29.

Jack I. 30.
Jaksch I. O. 13, II. O. 47, III. 75, 76, III. O. 1.

Jadelot II. 72, 125, III. 97. IV. 206.
Jan I. 106, II. 117.
Japiot III. 44.
Jaumes II. 95.
Jeitteles III. 97.
Jobert I 125, 126, 174, 184, III. 233, 242, 280, IV. 191.
Joel I. 223.
Jones II. 68.
Josenhans III. 164.
Joslin II. 62, III. 14.
Jung III. 34.
Jungmann III. 176. 183, IV. 168, IV. O. 9.
Junker II. 128.
Junod II. 16, IV. 146.
Jurin I. 205.

Kahler IV. O. 20.
Kahlert II. 126.
Kainzbauer IV. 18.
Karawajew I. 179.
Keber I. 137.
Keller IV. 108.
Keil I. 26.
Kennedy IV. 47, 95.
Kerst II. 237.
Kersten II. 263, IV. 51.
Kicker II. 113.
Kieter I. 178.
Kilian I. 139.
Kirk III. 204.
Kirchner III. 98.
Kiwisch (v. Rotterau) II. O. 37, II. 151, III. O. 28, III. 160, IV. O. 1, IV. 134, 141, 149, 159, 160.
Klemann III. 148.
Klencke I. 2, 56, 75, 110, 122, 170, II. 3, 4, 17, 91, 233, 257, III. 3.
Klewicz II. 73, IV. 191.
Klose I. 221.
Knapp II. 124, 135.
Knipfer IV, 61.
Knörrlein I. 95.
Koch III. 108, 109, 118.
Koehler III. 93, IV. 98.
Kömm III. 145.
König I. 131, III. 38.
Köstl III. 38.
Kohlrausch II. 262.
Kohn I. 47.
Koschny IV. 85.
Kotsevar IV. 16, 29.
Kovats IV. 59.
Kramer III. 279.
Kranefuss II. 215.
Krauss II. 40, 52, 147.
Krebs III. 250.
Kreimer II. 209.
Kreuser III. 197.
Kreuzer I. 86.
Krieg I. 17, 61, 99.
Kriegelstein II. 105. III. 282.
Küttner I. 40, III. 201, 204.
Kugler I. 176.

Labone III. 239.
Labouverie II. 201.
Lafarge I. 183.
Lafargue IV. 179.
Lafaye III. 145.
Lagneau III. 119, 215.
Lalič IV. 58.
Lallemand IV. 181.
Lambert I. 125.
Lamothe IV. 79.
Lampferhof I. 143.
Landerer I. 22, 30, II. 29, 42, III. 22. IV. 11.
Landesmann II. 59.
Landsberg IV. 84.
Lange IV. 141.
Lange W. II. O. 53, IV. O. 5.
Langheinrich III. 180.
Larrey I. 182, II. 103.
Lasserre III. 168.
Lauer IV. 194.
Laugier III. 242.
Laurent I. 102.
Laures III. 233.
Lavergne I. 217.
Laycock IV. 175.
Laymann II. 113.
Lebenheimer III. 28.
Lebert IV. 185.
Lebrun III. 163.
Lee III. 179.
Legendre III. 80.
Legrand I. 67.
Legros III. 148.
Legroux III. 41.
Lehmann IV. 112.
Lejeune III. 16.
Lelut IV. 78.
Lemoine IV. 53.
Lemple IV. 22.
Lentin II. O. 53.
Leonhard I. 207.
Leriche III. 117.
Leroy d' Etiolles I. 133, 156, 173. 180. II. 216, 223, III. 140, 145.
Lersch IV. 159.
Leuret IV. 52, 70.
Levent III. 24.
Levie II. 23.
Levrat-Perreton III. 92, 145, IV. 163.
Ley III. 16.
L'hommeau I. 192, 195, 208.
Lichtenstein II. 212.
Lietzau I. 86.
Lippich III. 82.
Lisfranc I, 157, 175, II. 31, 142, 209, III. 150, 153, 157, 164, 230, IV. 149, IV. O. 36.
Lisle IV. 70.

**

Livret I. 67.
Lloyd III. 247.
Löbl I. 61, 63.
Löffler IV. 212.
Lösch II. 258.
Löscher I. 140.
Löschner I. O. 61, III. O. 35.
Löwenhardt I. 114.
Lohmeyer II. 35.
Loiseau I. 194.
Lombard III. 54.
Lordat I. 12.
Lorinser I. 140, II. 134, IV. 108, 192.
Lotze II. 2.
Louis II. 153, IV. 44.
Loweg III. 182.
Lucka IV. 17.
Lumpe I. 139, III. 165, 189, IV. 146.

Mackenzie III. 259, IV. 208.
Magendie I. 14, 48, II. 21.
Maisonneuve I. 166.
Maissiat IV. 36.
Malcolm IV. 29.
Malgaigne I. 165, 168, 173, 175, 208, 214, II. 193, 200, 206, III. 225, 230, 251, IV. O. 19.
Malin II. 41
Malle I. 224, II. 263.
Malmsten III. 142.
Mandl II. 105.
Manec I. 52.
Mannl I. 40, II. 41.
Mannsfeld II. 249.
Marc I. 222, III. 99, IV. 16.
Marchal I. 124, 154, II. 190, III. 156.
Marchand II. 226, III. 105, IV. 15.
Marinus IV. 147.
Marsh II. 118, III. 91.
Martenot I. 166.
Martin I. 152, IV. 151, IV. O. 16.
Martini II. 50, 52, III. 259.
Mars IV. 4.
Masselot I. 105.
Maugeis I. 155.
Maunoir I. 214, II. 230, IV. 207.
Mauthner IV. 86.
Mayer (A.) I. 108, 121, II. 110, IV. 112.
Mayer (Jos.) II. 61, N. IV. 53.
Mayor II. 208, 238.
Meding IV. 211.
Meier (A.) II. 270.
Meissner III. 172.
Melchiori II. 91.
Melichar IV. 63.
Melion IV. 114.
Mercier I. 155, 179, III. 138, IV. 181.
Merklein I. 103.
Mettenheimer II. 32.
Meurer I. 222, II. 23, III. 284.
Meyer (F. G.) II. 194.
Meyer (H.) I. 70, II. 54, IV. 60.
Mialhe I. 21, II. 18, 56, III. 28, IV. 5, 6, 20.
Middendorf IV. 95.
Mignot IV. 111.
Millot III. 145.
Mitscherlich II. 19, III. 15.
Mohnike I. 16, 121.
Mohr II. 88, 112.
Molas I. 152.
Mondière I. 107, III. 54, IV. 86.
Monin II. 163.
Monneret I. 61, II. 66.
Monod I. 64.
Montgomery II. 144.
Monti II. 99.
Moos III. 99.
Moreau (de Jonnès) II. 97, III. 86.
Morel-Lavaillée II. 202, III. 224.
Moser III. 14.
Mosing III. 282.
Mouchon IV. 13.
Moulinié III. 237, 238, 239.
Mühry III. 15.
Müller (Joh.) IV. 197.
Müller (A.) IV. 19.
Müller (Jos.) IV. 211.
Münzenthaler II. 94, 127.
Mulder III. 41, 49, IV. 1.
Muratori IV. 10.
Murray II. 27.

Naegele I. 139, II. 138.
Nagel III. 93.
Nagy IV. 16.
Nardo III. 163.
Nasse (H.) I. 19, 109, II. 14.
Nasse (Prof.) I. 10, 39, III. 89, 104, IV. 48.
Nathan II. 104.
Nauche IV. 156.
Nepple III. 54.
Nercourt III. 91.
Neucourt IV. 32.
Neuhausen IV. 207.
Neumann I. 186.
Nicholson III. 147.
Nicolai II. 76, 160, III. 99.
Nivet IV. 139.
Noller II. 39.
Nollet II. 27.
Nolten II. 177.
Nonat I. 15.
Norris IV. 187.
Nott II. 216.

Oberstadt II. 142.
Obre IV. 176.
Oesterlen I. 12, III. 2, 50, IV. 33, 163.
Ollenroth I. 127, IV. 142.
O'meara I. 28.
Onsenoort III. 247.
Oomen IV. 96.
Oppolzer I. O. 1, III. O. 17.
Orfila I. 222, 224, II. 53, 56, III. 283, 284, IV. 215.
Orr III. 234.

Osann I. 33.
O'saugnessy III. 16.
Osiander II. 153.
Osnabrück III. 39.
Ott II. 16.
Otto III. 267, IV. 83.
d'Outrepont I. 137, 143, III. 176, 183.

Pacini III. 250.
Page II. 56, III. 44.
Pages III. 2.
Pajot I. 158, II. 197.
Palliardi IV. 18.
Panck III. 94.
Panys II. 120.
Paoli III. 12.
Pappenheim IV. 150.
Paquier III. 39.
Pariset III. 88.
Parkin III. 17.
Parrol IV. 96.
Patterson I. 116, III. 84, IV. 6.
Paul IV. 186.
Pauli II. 211, 217, 224, 225.
Pauls III. 242.
Payan II. 188, IV. 179.
Payen I. 98.
Payer III. 89.
Peace III. 237.
Peligot III. 27.
Peraire II. 66.
Percy II. 21.
Pereira I. 102, II. 89.
Perry III. 17.
Perfetti III. 190.
Person II. 96, IV. 207.
Peschier I. 67.
Petit I. 43.
Petrequin III. 121, 270.
Petrini III. 86.
Peysson I. 105.
Pfaff III. 284.
Pfau IV. 165.
Pfeifer I. 120.
Pfeufer II. 37, 91.
Philip I. 60.
Philipps II. 249, III. 124.
Piedagnel II. 66.
Piedoye III. 283.
Pierard (de Charleroi) I. 145.
Pigeolet III. 163.
Pilcher III. 210.
Piorry I. 13, 109, II. 60.
Pirogoff II. 186.
Pisling II. 77.
Plagge III. 165.
Pleischl III. 20, IV. 16.
Pleninger IV. 111.
Pluskal II. 57, 142, 194, III. 21, 268, IV. 164, 171.
Podrecca IV. 25.
Pohl II. 162.
Polano III. 150.
Popper II. 190.
Poumet II. 268.
Poupert III. 185.
Prael IV. 165.
Prater IV. 110.
Pravaz II. 17.
Prichard IV. 190.
Prieger I. 46.
Pripp IV. 14.
Prodhomme I. 28.
Prus I. 66, II. 89.
Puisaye II. 75.
Puppi IV. 62.
Putegnat IV. 176.

Quastamacchia III. 54, 85.
Quetelet IV. 212.
Quitzmann II. 3, III. 15.

Raciborsky I. 131, II. 175, III. 146, IV. 129, 130, 155.
Rademacher I. 17, 24, 60.
Raelant III. 85.
Ragsky III. 82.
Rampold I. 11, II. 13.
Raspail II. 16.
Rayer I. 220, II. 70, III. 39.
Recamier I. 62, 66, 67, 87, 100, 102, 138, II. 189, III. 27, 173.
Rechniz III. 213.
Rees III. 142.
Reich IV. 113.
Reichert I. 55.
Reid II. 93.
Reinbold II. 2, 5, 13, III. 13.
Reinfeldt II. 212.
Reinhold I. 80.
Reinsch III. 24, 25, 283, IV. 216.
Reiss III. 92.
Reisinger II. 19.
Rénaut I. 61.
Rendu III. 250.
Requin II. 16, III. 61.
Reuss III. 38.
Reveille-Parise III. 221, IV. 31.
Reybard II. 244, III. 265.
Reynaud III. O. 20, IV. 109.
Rezet II. 31.
Rheindorf IV. 181.
Rhemen III. 24.
Riberi I. 154, III. 86, 224, IV. 180, 201.
Richard III. 39.
Richter (H. E. Prof.) I. 4.
Richter (Dr.) I. 42.
Richter (Reg. Arzt) II. 71, III. 101.
Ricord I. 119, 184, 185, II. 31, 131, III. 110, 112, 116, 117, 119, 230, 242, IV. 108, 109, 110.
Ried I. 133.
Riefenstahl II. 224.
Riego III. 106.
Rieke IV. 191.
Rieseberg I. 139.
Rigler II. 71.

Rilliet I. 147, II. 88, 169, III. 204.
Ritter III. 175, 183, 185.
Ritterich I. 188, 197.
Robert I. 168, II. 261, III. 162, 200, 230, IV. 108, 152.
Roberton III. 147.
Roberts I. 18.
Rochoux I. 105.
Roe III. 118.
Rödenbeck I. 87.
Röderer I. 66.
Roelants II. 23.
Rösch I. 59, 135, III. 64, 95.
Röser II. 127, III. 194, IV. 4.
Roger III. 191.
Rognetta I. 14.
Rokitansky II. O. 103, II. 78, III. 3, 76, IV. 32, 80.
Romberg (Dr.) IV. 162.
Romberg (Pr.) I. 78, 81, 84, 85, 87, 197, IV. 96.
Rosas II. 243.
Rosch II. 122.
Rosenbaum III. 15.
Rosenberg II. 16.
Rosenthal I. 93.
Roser I. 166, II. 205, III. 247, 251, IV. 188.
Rosshirt IV. O. 17, II. O. 58, 65.
Rossi I. 204.
Rostan III. 69, 96, 98.
Rougier II. 96.
Roussel II. 128, III. 106, IV. 66.
Roux I. 156, 161, 173, II. 244, III. 237, 241.
Rublach II. 213.
Ruete II. 228, 235, 237, 243, 248, 255, 257, 258.
Rufz III. 44, 162.
Ruhbaum I. 123, III. 216.
Runde I. 60.
Rupius II. 190.
Rutten III. 149.
Ryba II. O. 88, II. 261.

Salomon II. 262.
Samson III. 64.
Samson (v. Himmelstiern) II. O. 35, III. 65, 166.
Sandras I. 98, 120, IV. 19.
Saurel IV. 180.
Sauvan IV. 8.
Schacht II. 164.
Schaible I. 54.
Schallenmüller IV. 186.
Scharlau I. 67, III. 59, IV. 48.
Scharn I. 80.
Schaussberger I. 136, III. 183.
Schenk IV. 99.
Scherer III. 144, 146, 149, 166.
Schild II. 112.
Schiffner III. 93.
Schilling IV. 195.
Schindler III. 224.
Schlagintweit II. 241.
Schleifer III. 74, 280.
Schlesier I. 52, 54, 109, II. 147, III. 73, 217, IV. 84.
Schlossberger I. 13, III. 46.
Schmauss II. 113.
Schmidt II. 42.
Schneider IV. 211.
Schnell II. 39.
Schnitzer I. 147, II. 169.
Schöller I. 144, IV. 165.
Schöpf III. 194, 206.
Schrader IV. 166.
Schradin III. 241.
Schranth II. 208.
Schrauth IV. 188.
Schreiber II. 167.
Schröder (v. d. Kolk) II. 228, 243, 245.
Schröter II. 184.
Schubert II. 26, 122.
Schüssler III. 172.
Schütz (F. W.) II. 38.
Schütz (J.) III. O. 22.
Schuh III. O. 19, IV. 199.
Schulz II. 3, 18, III. 1.
Schulze III. 238.
Schumann IV. 83.
Schuster I. 25, III. 247.
Schwabe I. 17, 23, 114, 130, 133, 157.
Schweigl III. 38.
Schwöder II. 97, III. 276.
Scoutetten II. 49.
Sebastian IV. 77.
Sédillot II. 13.
Seeburger II. 132, 134, 136, III. 110, IV. 107.
Seeger IV. 98.
Ségalas I. 109, 176, 178, 186.
Séguin III. 87.
Seidel I. 77, II. 68, 238, IV. 95.
Seidl II. 127, 138.
Seidler III. 195.
Seidlitz III. 21.
Seitz I. 69.
Serres I. 114, II. 97.
Seulen II. 168.
Shanks II. 150.
Shearmann IV. 67.
Sichel I. 208, IV. 207.
Sicherer II. 214, III. 92, 93, 163, 208.
Siebenhaar IV. 212, 214.
Siedner II. 122.
Sigmund II. 39.
Simeon III. 282.
Simon (F.) I. 56, 66, 81, 103, 113, 122, III. 103, IV. 14, 99, 102, 112, 157.
Simon (G.) III. 221.
Simon (M.) III. 163.
Simonart II. 202, III. 186.
Simpson III. 252, IV. 132.
Sinstedten II. 202.
Skoda I. 61, II. 124, III. 97, 102, 103. IV. 103.

Smith (J. R.) III. 63, IV. 14, 146.
Smith-Soden III. 145.
Snětiwy I. 157.
Solbrig II. 182.
Solly III. 222.
Solon M. II. 123, III. 61, 80.
Sonden II. 101.
Sorger III. 151.
Souty II. 176.
Spadafora III. 118.
Spence III. 238.
Spessa III. 235.
Speyer II. 123.
Spirit I. 102.
Springer III. 149.
Stacquez II. 62.
Stafford III. 93.
Stallard III. 74.
Stanley IV. 114.
Stansky III. 202.
Stark III. 77.
Steele III. 91.
Steifensand II. 256, III. 51, IV. 4, 66.
Stein IV. 151, 164.
Steinbeck I. 100, 113, 116, II. 105, 122.
Steinhäuser IV. 86.
Steinmetz I. 144.
Steinthal II. 126.
Stenhouse I. 31.
Stern IV. 105.
Sterz I. 35.
Stewardson II. 126.
Stievenart II. 122.
Stilling I. 76, 83, III. 240.
Stocker IV. 175.
Stöber II. 67.
Stokes II. 72.
Stoll II. 196.
Stolz II. 161, 168, III. 236, IV. 138.
Strassberger II. 86, III. 207.
Strehler I. 33.
Swift II. 72.
Szokalsky II. 246, 252, 255.

Taddei III. 141.
Talma IV. 62.
Tanchon III. 63.
Tanesville IV. 204.
Tanoni IV. 53.
Tanquerel (des Planches) II. 63.
Tavignot IV. 204.
Tenaille III. 207.
Terquem II. 216.
Tessier I. 62, 66, 67, 87, 100, 102, III. 82, IV. 57, 138.
Thielmann IV. 204.
Thierfelder IV. 80.
Thiry II. 131, 133, III. 116.
Thomas II. 73.
Thomson II. 14, 15.
Thornton III. 277,
Tiedemann II. 78.
Tilgen II. 121, III. 108.
Töltenyi I. 12, III. 99.
Tognio I. 34.
Toogood IV. 186.
Torosiewicz II. 40.
Toulmouche I. 77.
Tott III. 219.
Toynbee III. 276.
Trapmard III. 118.
Treumann I. 100.
Trinks II. 16.
Trisel II. 75.
Trnkoczy IV. 86.
Troschel II. 57.
Trousseau I. 65, II. 63, 86, 117, 181, III. 82, 96, 107, 193, IV. 55, 172.
Truchsess III. 194.
Trüstedt II. 194.
Trusen III. 15, 88.
Tschallner III. 236.
Tschierschki I. 131.
Tureaud III. 175.
Turnbull IV. 56.

Unger III. 224.
Ure II. 139, III. 269, IV. 113.

Valentin II. 228, 257, III. 45, 71.
Valleix III. 85, 162, IV. 61.
Valleroux III. 278.
Vallet IV. 14.
Vandersavel III. 148.
Vanier II. 185.
Vaulpré I. 142.
Veiel I. 111.
Veit II. 131.
Velpeau I. 114, 119, 125, 158, 174, 216, II. 142, 197, 198, 217, III. 184, 215, 265, IV. 203.
Velten II. 122, 196.
Verlegh IV. 208.
Vetter I. 40, 44, 47.
Vezin II. 123.
Vidal I. 185, II. 208, III. 109, 124, 242.
Vigla IV. 87.
Villaume III. 158.
Villeneuve III. 183.
Völperling I. 166.
Vogel IV. 14.
Vogt II. 139.
Voillemier III. 221.
Voisin I. 97.
Volz I. 104.

Wagner I. 221, II. 91.
Wagner, (Apoth.) III. 27.
Wallace II. 256.
Walther III. 250.
Warnecke I. 184.
Wasserfuhr II. 73.
Waters II. 147, IV. 61.
Watson II. 117.
Watt I. 79.
Wattebled I. 29.

Wattmann I. 59, II. 191.
Wawruch II. 114.
Wehle II. 56.
Weihe I. 108.
Weisse I. 113.
Weitenweber IV. 98.
Weninger II. 126.
Wernecke III. 91.
Werner IV. 58.
Wertheim I. 114, IV. 86.
West III. 110, IV. 173.
Wetzler II. 34.
Whitewell IV. 104.
Wierer III. 28.
Wiesbaden II. 32.
Wiesel III. 231.
Wigan IV. 102.
Wigand IV. O. 25.
Wilbaux II. 58, II. O. 36.
Willeshir III. 50.
Williams III. 75.
Willis II. 215.
Wilson III. 75.
Wimmer I. 29.
Winter IV. 93.
Wirth I. 186.
Wöhler III. 26.
Wolff I. 147, II. 169, III. 243, 245.
Wolfshofer II. 67.
Wunderlich I. 12.

Young IV. 125.

Zais II. 159.
Zangerl I. 131.
Zechmeister III. 246.
Zeis II. O. 93, II. 235, IV. 191, 195.
Zeitfuchs II. O. 45.
Ziehl II. 165, III. 180.
Zimmermann II. 27, IV. 1.
Zipperlen I. 27.
Zöhrer II. 177.
Zwěřina I. 121, IV. 110.

Verzeichniss

der

P. T. Herren Abnehmer.

(Zufolge dieses *berichtigten* und vollständigeren Verzeichnisses ist das dem zweiten Bande beigefügte Interims-Verzeichniss als ungültig zu beseitigen.)

In Böhmen.

I. In Prag.

Vom Civile.

P. T. Herren:

Arlt, Ferdinand, Med. et Chir. Dr., 2 Expl.
Beer, Ritter *von* Baier, Joseph, Med. Dr.
Berchtold, Friedrich, Graf, Med. Dr.
Biedermann, Gustav, Med. Dr.
Blaschka, Med. Dr.
Blažina, Med. et Chir. Dr.
Böhm, Med. Dr., Primär-Arzt der k. k. Findel- und Siechen-Anstalt in Prag.
Bozdĕch, Gustav, Med. et Chir. Dr.
Von Bullenau, Polizei-Bezirks-Wundarzt.
Čejka, Med. Dr.
Ehrwürd. Convent der Barmherzigen.
Cyprian, Med. Dr.
Czarda, Med. Dr.
Dittrich, Med. Dr.
Ebenhöch, Med. Dr.
Engel, Joseph, Med. et Chir. Dr. und k. k. Professor.
Fayrer, Johann, Med. et Chir. Dr.
Finger, Med. Dr.
Fischer, Med. Dr. und k. k. Professor.
Fleischer, Thaddäus, Polizei-Bezirks-Wundarzt.

Flossmann, Med. et Chir. Dr.
Gedliczka, Johann, Med. Dr.
Goschler, A., Wund- und Zahnarzt.
Gremium, chirurgisches, der königl. Hauptstadt Prag.
Grosse, Med. Dr. und k. k. Polizei-Bezirks-Arzt.
Gruber, Chir. Dr.
Grünert, Primär-Chirurg im Spitale der Barmherzigen.
Grünwald, Ritter *von*, Leopold, Med. Dr.
Halla, Joseph, Med. et Chir. Dr.
Hamernjk, Med. Dr.
Hasner, Edler *von* Artha, Joseph, Med. et Chir. Dr.
Held, Johann Theobald, Med. Dr. und k. k. Rath.
Hirsch, Med. et Chir. Dr.
Hofmeister, Med. Dr.
Hussa, Wilhelm, Med. et Chir. Dr.
Jaksch, Med. Dr.
Jeiteles, J., Med. Dr.
Jirusch, V., Med. Dr. und Arzt am k. k. Theres. adelichen Damenstifte.
Jirusch, Med. Dr. und Secundär-Arzt der k. k. Irrenanstalt.
Isak, Med. Dr.
Jungmann, Anton, Med. Dr., k. k. Rath und k. k. Professor.
Kahler, Joseph, Med. et Chir. Dr.
Katzenberger, Joh. Adam, Med. Dr.
Klinger, Thaddäus, Med. Dr.
Köhler, Med. Dr. und k. k. Professor.
Kosteletzky, Vincenz, Med. Dr. und k. k. Professor.
Kraft, Joseph, Med. et Chir. Dr.
Krauss, A. F., Med. Dr. und k. k. Primär-Arzt im allg. Krankenhause.
Kruis, Fried., Med. et Chir. Dr.
Kubik, Med. et Chir. Dr. und Assistent der med. Klinik für Wundärzte.
Lange, Wilhelm, Med. et Chir. Dr., Assistent und Secundär-Arzt der k. k. Gebäranstalt.
Laukota, Chir. Dr.
Lavante, Med. et Chir. Dr.
Löschner, Jos., Med. Dr. u. Director des Kinderspitales zu St. Lazarus.
Matiegka, Friedrich, Med. Dr.
Nadherny, Ritter *von*, Ignaz, Med. Dr., k. k. Gubernialrath, Landes-Protomedicus und Präses der medic. Facultät.
Nemetschke, Franz, Med. Dr.
Neustadtl, Med. Dr.
Nickerl, Med. Dr.

P. T. Herren:

Nushard, Med. et Chir. Dr., k. k. Rath, Director der Kranken- und Versorgungsanstalten.

Oppolzer, Med. Dr. und k. k. Professor.

Ott, Johann, Med. et Chir. Dr.

Pitha, Med. et Chir. Dr. und k. k. Professor.

Pohl, Med. et Chir. Dr.

Popel, Med. Dr. und k. k. Professor.

Porges, Med. Dr.

Přibram, Emanuel, Med. Dr.

Quadrat, Joseph, Med. Dr.

Reiser, Med. Dr. und k. k. Polizei-Bezirks-Arzt.

Reisich, Joseph, Med. Dr.

Reiss, Med. Dr.

Riedel, Jos. Gottfried, Med. Dr. und Primär-Arzt.

Ritter *von* Rittershain, Med. Dr.

Ruchinger, Joseph, Med. Dr. und k. k. Professor.

Ryba, Joseph Ernst, Med. Dr. und ständischer Augenarzt.

Schaller, Rudolph, Med. Dr.

Schindelarž, Med. Dr.

Schütz, Med. et Chir. Dr.

Seikora, Med. et Chir. Dr. und Assistent an der Augenklinik.

Semerad, Med. Dr.

Skalitzky, Daniel, Med. et Chir. Dr.

Spott, Carl, Med. Dr.

Streng, Johann, Med. Dr.

Treuhan, Joseph, Polizei-Bezirks-Wundarzt.

Tuwar, Med. Dr.

Veith, Anton, Besitzer der Herrschaft Liboch.

Wachsmann, Med. et Chir. Dr. u. Secundärarzt im allg. Krankenhause.

Waller, Johann, Med. et Chir. Dr.

Werner, Vincenz, Med. et Chir. Dr. und Polizei-Bezirks-Arzt.

Wischin, Med. Dr.

Wopršálek, Med. et Chir. Dr.

Wünsch, Med. Dr.

Zimerman, Med. Dr.

P. T. Herren Militärärzte.

Baubelik, Wenzel, Med. et Chir. Dr. und Oberarzt des Inf. Reg. Baron Palombini.

Bauer, Wenzel, Med. et Chir. Dr. und Oberarzt des Infant. Regiments Graf Latour.

P. T. Herren:

Burian, Johann, Med. et Chir. Dr. und Oberarzt des Infant. Regiments Erzherzog Rainer.

Friedrich, Lorenz, Med. et Chir. Dr. und Regimentsarzt vom Infanterie-Regimente Erzherzog Rainer.

Gernath, Karl, Med. et Chir. Dr., k. k. Oberfeld- und Chefarzt bei dem von Vocher'schen 3. Feldbataillon in Pjsek.

Janko, Caspar, Med. et Chir. Dr. und k. k. Stabsfeldarzt.

Kletzl, Isidor, Med. et Chir. Dr., Ober- und Chef-Arzt vom 1. Landwehr-Bataillon Reisinger.

Korda, Ignaz, Med. et Chir. Dr. und Oberarzt vom Husaren-Regimente Kaiser Nikolaus.

Kraus, Felix, Med. et Chir. Dr. und Regimentsarzt vom Inf. Regimente Baron Palombini.

Kriner, Peregrin, Med. et Chir. Dr. und Oberarzt vom Infant. Regimente Reisinger.

Maschka, Joseph, Chir. Dr., k. k. Rath und dirig. Stabsfeldarzt in Prag.

Mayer, Johann, Med. et Chir. Dr. und Oberarzt im Infanterie-Regimente Baron Palombini.

Metzler, von Andelberg, Joseph, Med. et Chir. Dr. und Regimentsarzt im ersten Artillerie-Regimente.

Moshammer, Eduard, Med. et Chir. Dr. und Regimentsarzt im Cuirassier-Regimente Graf Hardegg.

Osswald, Johann, Med. et Chir. Dr. und Regimentsarzt im Cuirassier-Regimente Kaiser Ferdinand.

Richter, Karl, Med. et Chir. Dr. und Oberarzt im Cuirassier-Regimente Kaiser Ferdinand.

Schmid, Wilhelm, Med. et Chir. Dr. und Oberarzt im Infant. Regimente Herzog Wellington.

Schubert, Anton, Chir. Dr. und Regimentsarzt im Infanterie-Regimente Graf Latour.

Stohandl, Franz, Med. et Chir. Dr. und Regimentsarzt im Infant. Regimente Graf Hohenegg.

Swoboda, Franz, k. k. Unterarzt.

Tritsch, Militärarzt zu Kommotau.

Weisseles, Heinrich, Med. et Chir. Dr. und Oberarzt im Infanterie-Regimente Graf Latour.

Zumsande, F., Med. et Chir. Dr. und Oberarzt im 1. Artillerie-Regimente.

II. In den Kreisen.

1. *Berauner Kreis.*

P. T. Herren:

Bohutinsky, Franz Karl, Med. Dr. und fürstl. Lobkowitz'scher Herrschaftsarzt zu Selčan.
Borowy, Johann, herrschaftl. Wundarzt in Dobřjš.
Brož, Joseph, Med. Dr. und Herrschaftsarzt in Dobřjš.
Bržezina, Philipp, obrigkeitl. Wundarzt in Mnišek.
Czischek, Franz, Wundarzt in Neweklau.
Epstein, Leopold, obrigkeitl. Wundarzt in Litten.
Gedličžka, Johann, Wundarzt in Lochowitz.
Gerlach, Heinrich, Wundarzt in Skřipel.
Haymann, Karl, Wundarzt in Selčan.
Janečžek, Franz, obrigkeitl. Wundarzt in Konopišt.
Kanzler, Bartholomäus, Med. Dr. in Königssaal.
Kiwisch, Ritter *von* Rotterau, Franz, Med. et Chir. Dr., k. k. Berauner Kreiswundarzt.
Klepetarsch, Marcus, obrigkeitl. Wundarzt in Tloskau.
Kowacz, Eduard, Med. et Chir. Dr. und Herrschaftsarzt in Königshof.
Kozak, Joseph Athanasius, Med. Dr. und Stadtphysicus in Beneschau.
Krejči, Johann, herrschaftl. Wundarzt zu Netwořitz.
Kutschera, Joh. P., Wundarzt zu Hořowitz.
Lang, Karl, Wundarzt in Mauth.
Linke, Joseph, Med. Dr. in Hořowitz.
Netter, Johann, obrigkeitl. Wundarzt in Wotitz.
Neumann, Salomon, obrigkeitl. Wundarzt in Ginetz.
Ostried, Joseph, obrigkeitl. Wundarzt in Miljn.
Patzak, Alois, Med. et Chir. Dr., Magister der Geb. in Hostomitz.
Pohl, Johann, obrigkeitl. Wundarzt in Altknin.
Powolny, Anton Joseph, Stadtwundarzt in Přibram.
Schirmer, Leopold, Med. Dr., k. k. Rath und Berauner Kreisarzt.
Schmolznop, Wenzel, Med. Dr. und Stadtphysicus in Beraun.
Seidemann, Anton, Med. Dr. und k. k. Bergphysicus zu Přibram.
Sommer, Ignaz, Fürstl. Lobkowitz'scher Wundarzt zu Chlumetz.
Soyka, Joseph, Wundarzt in Petrowitz.
Steiner, Wenzel, obrigkeitl. Wundarzt zu Karlsstein.
Thomas, Joseph, obrigkeitl. Wundarzt in Slap.
Tollar, Adalbert, Med. Dr. in Žebrak.
Ulrich, Karl, Med. Dr. in Beneschau.
Watzka, Franz, obrigkeitl. Wundarzt in Hluboš.
Weisskopf, Jakob, Wundarzt in Sedletz.
Winter, Anton, Wundarzt in Žebrak.

2. *Bidschower Kreis.*

P. T. Herren:

Ehmig, Leopold, obrigkeitl. Wundarzt in Kopidlno.

Eiselt, Joh. Nepomuk, Med. Dr. und k. k. Bidschower Kreisarzt.

Goll, Med. Dr. in Chlumetz.

Hruby, Franz, obrigkeitl. Wundarzt in Lomnitz.

Hruby, Johann, obrigkeitl. Wundarzt in Rochlitz.

Machaczka, Joseph, Med. Dr. und Stadtphysicus in Neupaka.

Přerhof, Simon, Stadtwundarzt in Žiželitz.

Rieger, Franz, Wundarzt in Eisenstadtel.

Rosum, Johann, obrigkeitl. Wundarzt in Dimokur.

Söllner, Adalbert, städtischer und herrschaftl. Wundarzt in Arnau.

3. *Budweiser Kreis.*

Braulik, Med. Dr. und Stadtarzt in Sobieslau.

Fuhrmann, Med. Dr.

Gremium, chirurgisches, des Budweiser Kreises.

Haas, Karl, Med. et Chir. Dr., Mag. d. Aug. und Geb.

Hampl, Vincenz, Med. et Chir. Dr. und Stadtarzt in Wittingau.

Polak, Med. et Chir. Dr.

Sazyma, Franz, Med. Dr. und k. k. Kreisarzt in Budweis.

Scheiferl, Franz, herrschaftl. Wundarzt in Wittingau.

Turnowsky, Abraham, Wundarzt in Platz.

4. *Bunzlauer Kreis.*

Albert, Florian, Leibwundarzt des Hrn. Grafen Christian Waldstein in Münchengrätz.

Beuer, Franz, Wundarzt in Reichenberg.

Blumrich, Wenzel, Med. et Chir. Dr. und Stadtarzt in Kratzau.

Bonté, Gustav, Med. Dr. in Reichenberg.

Doms, Johann Christian, Wundarzt in Niemes.

Fousek, Alois, Med. et Chir. Dr. in Reichenberg.

Genitz, Med. Dr., Augen- und Geburtsarzt in Nimburg.

Hayny, Karl, k. k. Kreiswundarzt in Jungbunzlau.

Helwig, Med. Dr. in Reichenberg.

Hermann, Dominik, Wundarzt in Griesdorf.

Himmer, Jakob, Med. Dr. in Jungbunzlau.

Hippmann, Johann, obrigkeitlicher Wundarzt der Herrschaft Böhmisch-Aicha.

Holzbach, Alois, obrigkeitlicher Wundarzt in Rožďalowitz.

Hübl, Heinrich, Med. et Chir. Dr. und gräfl. Hartig'scher Herrschaftsarzt in Niemes.

Hübner, Friedrich, Wundarzt und Magister der Geburtshülfe in Reichenau.

Jayte, August, Wundarzt in Liebenau.

Kafka, Med. Dr. in Melnik.

Keller, Johann, obrigkeitlicher Wundarzt der Herrschaft Melnik.

Koch, Franz, Wundarzt in Grottau.

König, Alois, Med. Dr. in Reichenberg.

Konrad, Joseph, Magister der Geburtsh. und Augenheilkunde in Dauba.

Körner, Anton, Wundarzt in Kratzau.

Kraucher, Wenzel, obrigkeitl. Wundarzt in Swigan.

Kraus, Ignaz, Stadtwundarzt in Benatek.

Křemař, Joseph, Med. Dr. in Bezno.

Lahn, Friedrich, Med. Dr. in Reichenberg.

Laufberger, Wilhelm, Med. et Chir. Dr. in Turnau.

Lorinser, Franz, Wundarzt in Niemes.

Maderžitzky, Joseph, obrigkeitl. Wundarzt in Gabel.

Mattusch, Karl, obrigkeitl. Wundarzt der Herrschaft Münchengrätz.

Mrazek, Franz, obrigkeitl. Wundarzt in Unterbautzen.

Mudroch, Stadtarzt in Dobrawitz.

Müller Johann, Wundarzt in Bezno.

Plumert, Med. Dr., obrigkeitl. Arzt und Brunnenarzt in Liebwerda.

Pollak, Joh., Magister der Chir. u. Geburtshülfe in Münchengrätz.

Potrusyl, Anton, obrigkeitl. Wundarzt der Herrschaft Řepin.

Prach, Franz, Magister der Chirurgie in Langenbruck.

Raab, Gabriel, obrigkeitlicher Wundarzt in Benatek.

Riegel, Johann, Med. et Chir. Dr. und obrigkeitl. Arzt in Reichstadt.

Runge, Joseph, obrigkeitl. Wundarzt in Wartenberg.

Sallmann, Wundarzt in Reichenberg.

Schiller, Emanuel, Med. Dr. in Mscheno.

Schlechta, Med. Dr. in Wartenberg auf der Herrschaft Gross-Skal.

Schoeder, Med. Dr. in Dauba.

Siegmund, Franz, obrigkeitl. Wundarzt in Reichstadt.

Smeibidel, Franz, obrigkeitl. Wundarzt in Widim.

Solinger, Karl, obrigkeitl. Wundarzt in Ringelshain.

Spachta, Franz, obrigkeitl. Wundarzt der Herrschaft Lissa.

Spielmann, Emanuel, Med. Dr. und obrigkeitl. Arzt in Reichenberg.

Stephan, W., Wundarzt in Reichenberg.

Stracke, Med. Dr. in Reichenberg.

Swoboda, Wenzel, Stadtwundarzt in Turnau.

Tschiedel, Franz, Wundarzt in Raspenau.

Unterstein, Med. Dr. und Herrschaftsarzt in Dobrawitz.
Wacławik, Johann, Wundarzt in Březno.
Walenta, Franz, Wundarzt in Münchengräz.
Weisskopf, Wundarzt in Reichenberg.
Witowsky, Alois, Med. Dr. et Chir. Dr., Kosmanoser Herrschaftsarzt.
Wollmann, Franz, obrigkeitl. Wundarzt in Reichenberg.
Zebisch, Johann, Med. Dr. in Reichenberg.
Żelisko, Wendelin, Wundarzt in Neustadtl.

5. *Chrudimer Kreis.*

Beer, Franz, Dr. Chir. und Kreiswundarzt in Chrudim.
Brady, Herrmann, obrigkeitl. Wundarzt in Chraustowitz.
Czernohaus, Vincenz, obrigkeitl. Wundarzt in Bistrau.
Gremium, chirurgisches, des Chrudimer Kreises.
Fischer, Leonard, obrigkeitl. Wundarzt in Landskron.
Holub, Franz, Stadtwundarzt in Holitz.
Kautnjk, Wenzel, Wundarzt in Bohdanetz.
Mudroch, Karl, obrigkeitl. Wundarzt in Richenburg.
Waniček, Med. Dr. in Leutomischl.
Weidenhoffer, Ignaz, Med. Dr. und Mag. d. Geb. in Chrudim.

6. *Časlauer Kreis.*

Babka, Franz, Med. Dr. und obrigkeitl. Arzt in Zruč.
Boralt, Johann, obrigk. Wundarzt der Stiftsherrschaft Seelau.
Čižek, Cajetan, obrigkeitl. Wundarzt in Heraletz.
Dub, Adolph, Med. Dr. in Goltsch - Jenikau.
Freund, Joseph, obrigkeitl. Wundarzt in Unter - Kralowitz.
Gebell, Franz, herrschaftl. Wundarzt in Kacow.
Gremium, chirurg., des Časlauer Kreises.
Hofmann, Salomon, Wundarzt in Polna.
Jahoda, Anton, Wundarzt in Zleb.
Jedliczka, Franz, Med. Dr. und Stadtphysicus in Časlau.
Kaba, Wenzel, Med. et Chir. Dr. und obrigkeitl. Arzt in Unter-Kralowitz.
Kraus, Jakob, obrigkeitl. Wundarzt in Wrbitz.
Kraus, Isaak, Wundarzt in Goltsch-Jenikau.
Lazar, Wenzel, obrigkeitl. Wundarzt der Herrschaft Swětla.
Luttner, Sebastian, herrschaftl. Wundarzt in Zbraslawitz.
Machalitzky, Anton, herrschaftl. Wundarzt in Habern.
Marek, Johann, Stadt-, Criminal- und k. k. Bergamts-Wundarzt in Kuttenberg.
Marschan, Wenzel, herrschaftl. Wundarzt in Goltsch-Jenikau.

Pereles, Lazar, Wundarzt in Windig-Jenikau.
Pick, Joseph, Stadtwundarzt in Chotěboř.
Quis, Johann, Wundarzt in Arbelowitz.
Ružiczka, Maximilian, obrigkeitl. Wundarzt der Herrschaft Ledeč.
Schicha, Joseph, Med. et Chir. Dr. und obrigkeitl. Arzt in Neuhof.
Steppan, Med. Dr. in Humpoletz.
Stransky, Simon, Wundarzt in Wilimow.
Zerboni, Franz, Med. Dr. in Habern.

7. *Ellenbogner Kreis.*

Anger, Johann, Med. et Chir. Dr. in Karlsbad.
Baumann, Johann, Wundarzt in Liebenstein.
Bermann, Anton, Med. Dr. in Karlsbad.
Biermann, Chr. Fr., Med. Dr. und k. k. Ellenbogner Kreisarzt.
Böhm, Joseph, k. k. Unterfeldarzt in Eger.
Buberl, Matthias, Stadtwundarzt in Eger.
Cartellieri, Paul, Med. Dr., Brunnenarzt und Director des Bade-Hospitals in Franzensbrunn.
Damm, Franz, Med. Dr. in Karlsbad.
Diessl, Joseph, Wundarzt in Eger.
Forster, Matthias, Med. Dr. in Karlsbad.
Gremium, chirurgisches, des Ellenbogner Kreises.
Hlawaczek, Eduard, Med. Dr. in Karlsbad.
Hochberger, G., Med. et Chir. Dr., Stadt- u. Brunnenarzt in Karlsbad.
Jahnl, Eduard, Med. Dr. in Karlsbad.
Kammerer, Thaddäus, Herrschaftswundarzt in Schlackenwerth.
Kauders, Vincenz, Med. Dr. und zweiter Stadtphysicus in Eger.
Komma, Oswald, Med. Dr. in Eger.
Köstler, L., Med. Dr. u. k. k. Brunnenarzt-Adjunct in Franzensbrunn.
Lautner, Franz Xaver, Med. Dr., königl. sächs. Hofrath und erster Stadtphysicus in Eger.
Lerch, Med. Dr. in Giesshübel.
Martin, Wenzel, Wundarzt in Kupferberg.
Mayerl, Ignaz, Med. Dr. in Eger.
Mühlstein, Heinrich, Med. Dr. und herrschaftl. Arzt in Graslitz.
Niemetschek, J., Stadt- und Gerichtswundarzt in Falkenau.
Pöschmann, Johann, Med. Dr. in Karlsbad.
Purkart, Franz, Wundarzt in Bärringen.
Rudolph, Anton, Stadtwundarzt in Karlsbad.
Sommer, Georg, Med. Dr. in Eger.
Steiner, Erasmus, Wundarzt in Weipert.

8. *Kauřimer Kreis.*

P. T. Herren:

Baumann, Wundarzt in Kohljanowitz.

Czenek, Laurenz, Leibwundarzt des Herrn Grafen Karl Pachta in Prag.

Domaschinzky, Wundarzt in Pišely.

Engelmann, Joseph, Wundarzt in Aurinowes.

Komarek, W., k. k. Findelkinder-Aufseher u. Wundarzt in Karolinenthal.

Morstadt, Adalbert, k. k. Kauřimer Kreiswundarzt.

Müller, Joseph, Med. Dr. und k. k. Kauřimer Kreisarzt.

Neumann, S., obrigkeitl. Wundarzt in Rattay.

Pietsch, obrigkeitl. Wundarzt in Swoišitz.

Schrimpf, Ludwig, Stadtwundarzt in Wyšehrad.

9. *Klattauer Kreis.*

Czapek, Johann Franz, Wundarzt in Merklin.

Gremium, chirurgisches, des Klattauer Kreises.

Hamperl, Thaddäus, Wundarzt in Muttersdorf.

Heřin, Andreas, Wundarzt in Bistritz.

Hurka, Joseph, Med. Dr. in Bischof-Teinitz.

Klingner, Ignaz, Med. et Chir. Dr. und k. k. Klattauer Kreisarzt.

Nausch, Johann, Med. Dr. und Stadtphysikus in Klattau.

Nowak, Anton, Wundarzt in Pořitschen.

Nowak, Franz, obrigkeitl. Wundarzt zu Grünberg; wohnhaft in Nepomuk.

Ubl, Barthol., Med. Dr. und obrigkeitl. Arzt in Chudenitz.

Will, Franz, Wundarzt in Planitz.

Wölfer, Leopold, Wundarzt in Kopetzen.

10. *Königgräzer Kreis.*

Chladek, Anton, städtischer Wundarzt in Wamberg.

Dobrowsky, Joseph (senior), obrigkeitl. Wundarzt in Chwalkowitz.

Fels, Ludwig, Wundarzt der Herrschaft Schurz.

Frimmel, Jos., Wund- und Entbindungsarzt der Herrschaft Opočno in Giesshübel.

Gelinek, Med. Dr. und Stadtarzt in Nachod.

Goldschmidt, Emanuel, Wundarzt und Geburtshelfer in Daudleb.

Gremium, chirurgisches, des Königgräzer Kreises.

Janetschek, Christ., Med. Dr.

Kneissler, Wilhelm, Med. Dr. und Stadtarzt in Trautenau.

Krunka, Med. Dr. in Dobruška.

Mandelbaum, Emanuel, Med. Dr., M. d. G. und Herrschaftsarzt von Chotzen und Kosteletz.

Mauroner, Cantianus, Prior des Barmherzigen-Conventes zu Kukus.

Müller, J. R., Med. Dr., Mag. der Augenheilk. und Operateur in Nachod.

Müller, Johann, obrigkeitl. Wundarzt in Schatzlar.

Netolicky, Med. et Chir. Dr., Mag. d. G. und A. H. und obrigkeitl. Arzt in Senftenberg.

Polack, Adolph, Wundarzt in Braunau.

Polack, Joseph Theodor, obrigkeitl. Wundarzt zu Politz.

Pschorn, Ferdinand, obrigkeitl. Wundarzt zu Smiřitz.

Riegel, Joseph, Med. et Chir. Dr. in Politz.

Rösel Joseph, obrigkeitl. Wundarzt in Adersbach.

Schramek, Franz, Med. Dr., M. d. G. und Stadtarzt in Grulich.

Schreiter, Franz, Med. et Chir. Dr. und k. k. Königgräzer Kreisarzt.

Schultes, Med. Dr., Stifts- und Herrschaftsarzt zu Braunau.

Schwarz, M., Wundarzt in Nachod.

Schwarz, Ant., Wund- und Entbindungsarzt der Herrschaft Opočno in Dobruška.

Seydel, Ferdinand, Wundarzt in Eipel.

Skuhersky, F. Alois, Med. et Chir. Dr., Augenarzt und Herrschaftsarzt in Opočno.

Stenzel, Franz, Chir. Dr. in Weckelsdorf.

Stumpf, Med. Dr. in Braunau.

Thomann, W., Med. Dr. und Stadtphysicus in Reichenau.

Weczerž, Franz, obrigkeitl. Wundarzt in Geiersberg.

Werner, August, Med. et Chir. Dr.

Winter, August, Med. et Chir. Dr. in Braunau.

Wjtek, Joseph, Wund- und Geburtsarzt in Tinischt.

Žalud, Wenzel, Wund- und Geburtsarzt der Herrschaft Častalowitz.

11. *Leitmeritzer Kreis.*

Ambrosi, Herrmann, Med. Dr. und k. k. Leitmeritzer Kreisarzt.

Benesch, Med. Dr. in Bensen.

Braun, obrigkeitl. Arzt in Neuschloss.

Doranth, Jacob, Med. Dr. in Aussig.

Eichler, Jos., Mag. d. Chir. und Geb. und fürstl. Clary'scher Wundarzt in Teplitz.

Fleischer, Wenzel, Med. Dr. in Schluckenau.

Glanz, Theod., Mag. Chir. in Schönlinde.

Gremium, chirurgisches, des Leitmeritzer Kreises.

Grünwald, Med. Dr. in Warnsdorf.

Höring, Michael, Med. Dr. in Teplitz.
Junk, Johann, Stadt- und Bade-Hospitals-Wundarzt in Teplitz.
Kriegner, Wenzel, fürstl. Clary'scher Leib- u. Badewundarzt in Teplitz.
Kubitschka, Fr., Med. Dr. in Lobositz.
Küttenbrugg, Med. Dr. und Badearzt in Teplitz.
Langer, Franz, Med. Dr. in Georgenthal.
Lauda, Thomas, Kreiswundarzt in Leitmeritz.
Liebscher, Joseph, Wundarzt in Dux.
Ohnesorg, Hubert, Wundarzt in Welhotta.
Perutz, Sigmund, Med. Dr. in Teplitz.
Quoika, Jos., Med. Dr. in Leitmeritz.
Reuss, Aug., Med. Dr. in Bilin.
Schenk, Vincenz, Med. et Chir. Dr. und Herrschaftsarzt in Kamnitz.
Stolle, Franz, Wundarzt in Tetschen.
Stolz, Joh. Ant., Med. et Chir. Dr. und Ossegger Stiftsarzt in Teplitz.
Strauss, Johann, Med. Dr. in Hayda.
Watzel, Cajetan, Med. Dr. in Böhmisch-Leippa.
Wenzel, Augustin, Wundarzt und Mag. d. Geb. in Graber.
Zillich, Pius, Chir. Dr. in Schönlinde.

12. *Pilsner Kreis.*

Adler, Jos., obrigkeitl. Wundarzt in Altsedlischt.
Anzenacher, Med. Dr. und gräfl. Wurmbrand'scher Leibarzt in Liblin.
Augsteiner, Johann, obrigkeitl. Wundarzt der Herrschaft Tachau in Radnitz.
Baudiss, Ignaz, Med. Dr. und fürstl. Windischgrätz'scher Herrschafts-Arzt in Tachau.
Carmine, Joseph, Med. Dr. und fürstl. Löwenstein'scher Arzt in Hayd.
Fenzl, Joseph Gustav, Med. Dr. in Tuschkau.
Forster, Matthias, Med. Dr., M. d. G., Stadt- und Herrschaftsarzt zu Plan.
Frankel, Marcus, Wundarzt der Herrschaft Tepist und Triebl in Černosjn.
Friedel, Jos., Stadtwundarzt in Staab.
Goldschmidt, Salomon, Stadtwundarzt in Blowitz.
Gremium, chirurgisches, des Pilsner Kreises.
Hanzel, Jos., Wundarzt der Herrschaft Stiahlau.
Heidler, C. J., Med. Dr., k. k. Rath und erster Brunnenarzt in Marienbad.
Heyer, Med. Dr. in Tachau.
Hirsch, Heinr., obrigkeitl. Wundarzt in Tuschkau.
Hoffmann, Jos., Med. Dr. und Herrschaftsarzt in Brennporitschen.
Jahnl, Med. Dr. und Stadtphysicus zu Pilsen.

Kratzmann, Med. Dr. in Marienbad.
Linhardt, Joseph, Wundarzt in Gratzen.
Lövenstein, Abraham, obrigkeitl. Wundarzt in Kuttenplan.
Mathes, Elias, Stadtarzt in Manetjn.
Medl, Ferd., Wundarzt in Schönwald.
Neubarth, Mathias, Wundarzt in Lippau.
Nowack, Joseph, Wundarzt in Brennporitschen.
Nowack, Vincenz, obrigkeitl. Wundarzt in Blowitz.
Opitz, Franz, Med. Dr. und praktischer Arzt in Marienbad.
Pleyner, Franz, Med. Dr. in Tachau.
Prasky, Nicolaus, Med. Dr. und k. k. Bergphysicus in Mies.
Ries, Joseph, k. k. Kreiswundarzt in Pilsen.
Schmidt, Ignaz, obrigkeitl. Wundarzt in Plass.
Schmidt, Johann, städtischer Wundarzt in Tachau.
Schneider, Anton, Med. et Chir. Dr., praktischer Arzt in Marienbad.
Schneider, Karl Med. Dr. und praktischer Arzt in Einsiedel.
Schwarz, Johann, obrigkeitl. Wundarzt der Herrschaft Miröschau.
Škoda, Franz, Med. Dr. und k. k. Pilsner Kreisarzt.
Steidl, Med. Dr. und Stifts-Arzt in Tepl.
Töpfer, David, Wundarzt in Wosek.
Wiesler, Alexander, Wundarzt in Řeschohlau.
Wolfner, Albert, Med. Dr. in Kuttenplan.
Zeilmann, Adalbert, pens. k. k. Oberarzt u. Stadtwundarzt in Kralowitz.

13. *Prachiner Kreis.*

Burda, Aug., Chir. Dr., Wund- und Gerichtsarzt in Husinetz.
Chlistowsky, Robert, Med. Dr. in Schüttenhofen.
Czarda, Franz, Stadt- und Criminalwundarzt in Pjsek.
Cžižek, Anton, obrigkeitl. Wundarzt in Němčitz.
Fantl, Marcus, herrschaftl. Wundarzt in Wällischbirken.
Frenzl, Johann, Med. Dr., fürstl. Kinsky'scher obr. Arzt in Horažďowitz.
Gremium, chirurgisches, des Prachiner Kreises.
Hawlasa, Philipp, Wundarzt in Strankowitz.
Keller, Anton, herrschaftl. Wundarzt in Winterberg.
Mik, Joseph, herrschaftl. Wundarzt in Liběgitz.
Niklas, Med. und Chir. Dr. und Herrschaftsarzt in Wolin.
Oppoletzky, Med. Dr. und Stadtarzt in Březnitz.
Perelis, Lazar, obrigkeitl. Wundarzt in Tschkin.
Popper, Albert, Med. Dr. u. Herrschaftsarzt in Winterberg.
Schreiber, Edmund, Stadtwundarzt in Wolin.
Schulz, Salomon, herrschaftl. Wundarzt in Nezdašow.

Singer, Samson, Eltschowitzer obrigkeitl. Wundarzt in Tschkin.
Stropnicky, Med. et Chir. Dr. und Mag. d. G. in Horažďowitz.
Swatek, Johann, Med. Dr. in Wällischbirken.
Tilp, Alois, Stadtwundarzt in Winterberg.
Uttl, Alois, Stadtwundarzt in Netolitz.
Waniček, Med. Dr. und Stadtarzt in Wodňan.
Wisinger, Jos., Med. Dr., Stadt- und Criminal-Arzt in Pisek.
Wotypka, Karl, Med. Dr. in Strakonitz.
Würl, Alfred, Med. Dr., Herrschafts- und Stadtarzt in Strakonitz.
Wodwařka, Med. Dr. und Stadtarzt in Blatna.

14. *Rakonitzer Kreis.*

Baumann, Jakob, obrigkeitl. Wundarzt in Křitz.
Erben, Johann, obrigkeitl. Wundarzt in Tuchoměřitz.
Fischer, Joseph, obrigkeitl. Wundarzt in Weltrus.
Fübich, Johann, Wundarzt in Unhošt.
Gail, Joh. Bapt., obrigkeitl. Wundarzt in Pürglitz.
Gras, Karl, obrigkeitl. Wundarzt der gräfl. Clam-Martinitz'schen Herrschaft Smečna in Muncifay.
Gremium, chirurgisches, des Rakonitzer Kreises in Schlan.
Haupt, Med. Dr. in Unhošt.
Kallasch, Med. Dr. und Leibarzt des Hrn. Grafen Desfours-Walderode in Ober-Beřkowitz.
Kink, Franz, Armen- und Gerichtswundarzt am Smichow.
Kotzer, Johann, obrigkeitl. Wundarzt in Kornhaus.
Lyro, Ernest, Med. Dr. und k. k. Rakonitzer Kreisarzt in Schlan.
Nekola, Med. Dr. und fürstl. Fürstenberg'scher Herrschaftsarzt in Nischburg.
Pajer, Joseph, obrigkeitl. Wundarzt und Mag. d. Pharmacie in Slabetz.
Patzelt, Joseph, Med. et Chir. Dr. in Schlan.
Radnitzky, Peter, obrigkeitl. Wundarzt in Schlan.
Rosenblüh, Franz, obrigkeitl. Wundarzt der Herrschaft Tachlowitz in Litowitz.
Seligmann, Adalbert, Wundarzt in Hostaun.
Staniek, Matthias, Herrschafts-Wundarzt in Rakonitz.
Stelzig, Matthias, obrigkeitl. Wundarzt der Herrschaft Mühlhausen.
Stembera, Matthias, Stadt- und Criminal-Wundarzt in Rakonitz.
Stern, Bernhard, obrigkeitl. Wundarzt in Kladno.
Truska, Joseph, obrigkeitl. Wundarzt in Wranna.
Waniek, Franz, obrigkeitl. Wundarzt in Citow.

15. *Saazer Kreis.*

P. T. Herren:

Bauer, Med. Dr. in Jechnitz.

Brenig, Franz, obrigkeitl. Wundarzt in Welmschloss und Skyrl.

Brückner, Karl, herrschaftl. Wundarzt in Priesen.

Fritsch, Joseph, Med. Dr. in Klösterle.

Gremium, chirurgisches, des Saazer Kreises.

Hanff, Jos. Wendelin, Med. et Chir. Dr. und herrschaftl. Arzt in Maschau.

Hassler, Joseph, Wundarzt in Radonitz.

Iser, Med. Dr. und Stadtphysicus in Presnitz.

Kammerer, Ad., gräfl. Bouquoi'scher Amtsarzt in Presnitz.

Killiches, Ignaz, Med. et Chir. Dr. und Stadtphysicus in Brüx.

Klinger, Jos., Med. Dr. in Podersam.

Knaf, Med. Dr. in Kommotau.

Körner, Jos., Med. Dr. in Kaaden.

Kriesch, Med. et Chir. Dr. in Podersam.

Kroy, Joh., Med. et Chir. Dr. und Stadphysicus in Kommotau.

Kutschenreiter, Med. Dr. in Jechnitz.

Letz, Anton, Med. Dr. und Stadtphysicus in Kaaden.

Lutter, Franz, Med. Dr. in Pröllas.

Mayer, Hermann, Med. et Chir. Dr. in Kommotau.

Niebler, Balthasar, Wundarzt in Kralup.

Oeser, Med. Dr. in Wilomitz.

Plachetzky, Franz, Stadtwundarzt in Seestadtl.

Powa, F., fürstl. Lobkowitz. Haus- u. herrsch. Wundarzt in Eisenberg.

Seifert, Emanuel, Med. et Chir. Dr. in Kaaden.

Siegel, Franz, Med. et Chir. Dr. in Görkau.

Stein, Michael, Wundarzt in Sebastiansberg.

16. *Taborer Kreis.*

Ärzte, die sämmtlichen, in der Stadt Neuhaus, 1 Expl.

Buchner, Fr., fürstl. Schwarzenberg. herrsch. Wundarzt in Cheynow.

Bürgel, Franz, Med. et Chir. Dr. in Patzau.

Fischer, Adolph, obrigkeitl. Wundarzt zu Jungwoschitz.

Gremium, chirurgisches, des Taborer Kreises.

Hoser, Joseph, Med. Dr. und k. k. Taborer Kreisarzt.

Koydl, W., Med. Dr. u. fürstl. Schwarzenberg'scher Bergarzt in Ratibořitz.

Kralert, Franz, Med. Dr. in Pilgram.

Langenau, Johann, Med. Dr. in Neubistritz.

Mändl, Ludwig, Wundarzt in Tabor.

Marek, Johann, Med. Dr., Stadt- und Criminal-Gerichtsarzt in Tabor.

Wostry, K., Med. et Chir. Dr., Stadt- u. Criminal-Gerichtsarzt in Pilgram.

Ausserhalb Böhmen.

P. T. Herren:

Adelt, Med. Dr. in Wien.

Allè, Karl, Med. et Chir. Dr., zweiter Stadphysicus in Brünn.

Barez, Med. Dr., geh. Obermedicinalrath, Director und Prof. in Berlin.

Beer, Med. et Chir. Dr. und k. k. Kreis-Physicus in Bochnia.

Berlek, Med. Dr., pract. Arzt in Elbing.

Berndt, Med. Dr., Prof. u. Ritter d. rothen Adlerord. III. Kl. in Greifswald.

Canstatt, Med. Dr. und Professor in Erlangen.

de Cuvry, Med. Dr. in Berlin.

Fueter, Med. Dr. und Prof. der Poliklinik an der Hochschule zu Bern.

Graeffe, J. C., Med. Dr. in Dresden.

Jannowitz, Moriz, Med. Dr. in Triesch (Mähren).

Illek, Matthias, Wundarzt in Brünn.

Kleemann, Med. Dr. prakt. Arzt in Schweinfurt.

Kops, Med. Dr. Regimentsarzt in Berlin.

Kortüm, Med. Dr., Geh. Med. Rath und Leibmedicus in Neustrelitz.

Lesegesellschaft (die *medicinische*) in Bremen.

Leseverein (der *medicinische*) in Klagenfurt.

Leseverein (*wundärztlicher*) in Hannover.

Lichtenberger, sen., Med. Dr. in Oederan.

Lievin, Med. Dr. in Danzig.

Lippert, Med. Dr. in Schwedt.

Lorent, Med. Dr., in Bremen.

Maier, Franz X., Med. et Chir. Dr., k. k. Oberarzt des Infant. Reg. Erzherzog Ludwig und Chef-Arzt des Militärspitales in Znaim.

Raimann, J. A., Med. Dr. und Professor in Wien.

Rein, Med. Dr. in Pesth.

Riester, Med. Dr. und Amtsarzt in Achberg.

Sanitäts-Commission, die grossherzogl. badische in Karlsruhe.

Schwale, Apotheker in Mislek (Mähren).

Schwann, Med. Dr. in Gadesberg.

Skřiwan, Med. et Chir. Dr. in Gross-Meseritsch (Mähren).

Stephan, Med. Dr. und prakt. Arzt in Röttingen.

Die *königliche* Universitäts-Bibliothek in Göttingen.

Verein (der neue *ärztliche*) in Leipzig.

☞ Da ungeachtet dreimaligen Ersuchens nur wenige auswärtige Buchhandlungen ihre resp. P. T. Herren Pränumeranten auf diese Zeitschrift namhaft machten, so wolle man nicht die Mangelhaftigkeit dieses Verzeichnisses der Verlagshandlung beimessen. Einige Buchhandlungen (worunter eine Brünner mit 17, eine Wiener mit 11, eine Berliner mit 6 Exemplaren) wünschten blos ihre Firmen hier mit aufgenommen zu sehen, was jedoch nicht Statt finden konnte, weil dieses Verzeichniss keineswegs nur eine Liste der abgesetzten Exemplare zu geben bezweckt.

N a c h t r a g.

Innerhalb Böhmen.

P. T. Herren:

Anspach, Adolph, Wundarzt in Netschinitz.

Ehrlich, Ph., Med. Dr. und Stadtphysicus in Laun.

Gans, Med. Dr. in Karlsbad.

Sperk, Adalbert, Wundarzt in Jechnitz.

Ausserhalb Böhmen.

P. T. Herren:

Von Besser, Med. Dr. u. Reg.-Arzt im 2ten Dragoner-Reg. in Schwedt.

Burger, Joseph, Med. Dr. in Radkersburg.

Czykanek, Med. Dr. in Wien.

Danek, Stanisl., Med. Dr. in Sokal (Galizien).

Eckel, Med. Dr. und Director des k. k. Thierarznei-Institutes in Wien.

Göppert, Med. Dr. und Professor in Breslau.

Gross, Med. Dr. in Grosswardein.

Gunz, Med. Dr. in Wien.

Haindl, Med. Dr. und Krankenhaus-Director in Lemberg.

Hasenörl, Med. Dr. in Wien.

Himmelsberger, Med. Dr. in Winniki (Galizien).

Die Lesegesellschaft der Herren Spital-Ärzte in Wien.

Maschek, Med. Dr. in Lemberg.

Melicher, Med. Dr. in Wien.

Rappaport, Med. Dr. in Lemberg.

Reuss, Med. Dr. u. Primärarzt im Spitale der barmh. Schwestern in Linz.

Schneider, Ignaz, Wund- und Geburtsarzt in Waidhofen a. d. Th.

Twordón, Med. Dr. in Wien.

Wattmann, Edler *von*, Med. Dr., k. k. Regierungsrath u. Prof. in Wien.

Watzke, P. A., Med. Dr. in Wien.

Weidmann, Med. Dr. und Hofrath in Breslau.

Berichtigungen und Änderungen.

Im Pilsner Kreise:

Anzenbacher, Med. Dr. etc. (statt Anzenacher).

Im Saazer Kreise:

Bauer, Med. et Chir. Dr. in Jechnitz.

Kutschenreiter, Med. et Chir. Dr. und Herrschaftsarzt in Dobritschan (statt in Jechnitz).

Mayer, Med. et Chir. Dr. und Stadtwundarzt in Kommotau.

Seifert, Emanuel, Med. et Chir. Dr. in Saaz (statt in Kaaden).

Siegel, Franz, Med. et Chir. Dr. in Brüx (statt in Görkau).

der Mineralogie wäre, die bisher ohne bedeutende wissenschaftliche Vorkenntnisse und die Zuhülfenahme der Krystallographie, ja sogar der Chemie, nicht zu lösen war. Die in jenem Werke eben so sinnreich als folgerecht durchgeführte Methode gewährt nun in dieser Hinsicht eine so grosse Erleichterung, dass der Titel: „Clavis" als ein wahrheitgemässer bezeichnet werden muss, indem vermittelst dieses Schlüssels das so belohnende Studium der Mineralogie keine grössere Schwierigkeit mehr darbietet, als die Botanik. Der reichste Genuss ist nun Vielen dargeboten, denen bisher die Mineralogie wohl ein ersehntes, aber fast unzugängliches Feld geistiger Beschäftigung war, und gewiss werden Alle dem Verfasser ihren Dank für seine mühevolle Arbeit zollen, die ihnen als ein sicher leitender Ariadne-Faden dient.

Druck bei Kath. Geržabek.